Aspectos críticos sobre o uso racional de medicamentos associados a necessidade de intervenção do profissional farmacêutico

ORGANIZADORES

Diego Pinto de Oliveira
Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Luiz Henrique Ferreira Martins
Patrícia Gardênia Assis Souza
Vinícius Stefano Santos Morais

Editora Poisson

Diego Pinto de Oliveira
Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Luiz Henrique Ferreira Martins
Patrícia Gardênia Assis Souza
Vinícius Stefano Santos Morais
(Organizadores)

Aspectos críticos sobre o uso racional de medicamentos associados a necessidade de intervenção do profissional farmacêutico

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A849
Aspectos críticos sobre o uso racional de medicamentos associados a necessidade de intervenção do profissional farmacêutico / organizadores: Diego Pinto de Oliveira, Gabriella Cristine Almeida Carneiro, Luiz Henrique Ferreira Martins, Patrícia Gardênia Assis Souza, Vinícius Stefano Santos Morais. Belo Horizonte, MG: Editora Poisson, 2024.

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-444-4
DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1. Uso racional de medicamentos. 2. Intervenção farmacêutica. 3. Assistência farmacêutica. 4. Cuidados em saúde. I. Oliveira, Diego Pinto de. II. Carneiro, Gabriella Cristine Almeida. III. Martins, Luiz Henrique Ferreira. IV. Souza, Patrícia Gardênia Assis. V. Morais, Vinícius Stefano Santos. VI. Título.

CDD-615

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Organizadores

Diego Pinto de Oliveira

Possui graduação em Farmácia Generalista pela Universidade José do Rosário Vellano (2010), graduação em Programa Especial de Formação Pedagógica de Docentes - Química pela Universidade de Franca (2016), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas (2013) e doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2017). Atualmente é professor da Faculdade de Ensino de Minas Gerais e residente de pós-doutorado pelo PPGCF-UFMG. Atua na área de Tecnologia Farmacêutica aplicada a produção de fitoterápicos e tem experiência nas áreas de produção de medicamentos, produtos naturais e avaliação farmacológica pré-clínica de candidatos a medicamentos.

Gabriella Cristine Almeida Carneiro

Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG-2021). Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ-2020).Especialista em Homeopatia pela Associação Mineira de Farmacêuticos Homeopatas (AMFH-2012). Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário Newton Paiva (2009). Atualmente atua como coordenadora e professora do Curso de Farmácia da Faculdade de Ensino de Minas Gerais (FACEMG) e como sócia proprietária /farmacêutica em drogaria. Eventualmente atua em curso de Especialização- Latu sensu em Farmácia Clínica e Gestão de Consultório Farmacêutico (ICTQ).

Luiz Henrique Ferreira Martins

Bacharelado em Farmácia pela Faculdade de Ensino de Minas Gerais (2022); Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2023); e é mestrando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é Supervisor de Produção na Indústria Farmacêutica Belfar LTDA

Patrícia Gardênia Assis Souza

graduação em Farmácia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (2016). Especialização em Farmácia Oncológica e Hospitalar pela IPOG (2021). Mestra em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2022).

Vinícius Stefano Santos Morais

Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014); Mestrado em Biologia Vegetal pela Universidade Federal de Minas Gerais (2017). Atua nas áreas de Bioquímica de Plantas e na Extensão sendo parte do Núcleo de Ensino em Ciências da Vida.

Prefácio

O uso racional de medicamentos é quando há uma prescrição adequada do medicamento para a condição clínica do paciente, na dose adequada, em um período de tempo adequado e em menor custo para o paciente e comunidade. O sucesso farmacoterapêutico de uma patologia e/ou queixa de saúde, depende de vários fatores, tais como: necessidade do uso do medicamento, efetividade e segurança. Em nosso país o amplo acesso ao uso de medicamentos contribui para o uso irracional de medicamentos, podendo gerar problemas na farmacoterapia e piora do estado de saúde do paciente.

Neste contexto o farmacêutico possui extrema relevância na promoção do uso racional de medicamentos, pois uma de suas atribuições clínicas é a avaliação farmacoterapêutica visando promover o uso racional do medicamento e contribuir para o sucesso da farmacoterapia evitando problemas no uso de medicamentos (PRM´s).

Dentro da metodologia de atenção farmacêutica PW (Pharmacotherapy Workup) o farmacêutico avalia os seguintes critérios: necessidade, efetividade, segurança e conveniência ao uso do medicamento. O uso de um medicamento desnecessário prescrito ou não (automedicação/medicamento de venda livre pode causar uma série de problemas, tais como: interação medicamentosa, reações adversas, intoxicação, dentre outros). A etapa seguinte dessa avaliação, é a efetividade no qual um paciente pode estar usando um medicamento inefetivo, alguns dos motivos são: dose baixa, interação medicamento-alimento ou medicamentosa, armazenamento incorreto, tempo de tratamento menor, administração incorreta, e outros. A etapa seguinte é a avaliação da segurança medicamentosa, onde podem surgir problemas como: reação adversa por dose alta ou não e tempo de tratamento prolongado. E por fim, a avaliação da conveniência (adesão), onde podem surgir problemas como: o paciente esquece de tomar o medicamento, falta de acesso, paciente não compreende a forma de uso, problema com a deglutição do medicamento (exemplos: cápsula muito grande ou muitas cápsulas de uma única vez).

Gabriella Cristine Almeida Carneiro

SUMÁRIO

Capítulo 1: Relação entre a segurança dos pacientes idosos e o uso de anti-histamínicos de primeira geração..... 08

Diego Pinto de Oliveira, Luiz Henrique Ferreira Martins, Patrícia Gardênia Assis Souza, Luiz Fernando Oliveira de Faria, Pedro de Oliveira Alfenas, Roberta Mendes Lima, Gabriella Cristine Almeida Carneiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.01

Capítulo 2: Aspectos críticos relacionados ao uso de benzodiazepinícos por idosos 20

Diego Pinto de Oliveira, Patrícia Gardênia Assis Souza, Bheatriz Winter da Silva, Gabriela Verônica Nazareth, Jacqueline Dionizio Matias, Wanderson Antunes Mendes, Gabriella Cristine Almeida Carneiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.02

Capítulo 3: Relação entre o uso seguro de medicamentos opioides em pacientes oncológicos 35

Gabriella Cristine Almeida Carneiro, Alan Lima Lopes, Ana Clara Araújo Duarte, Edimara Rodrigues da Silva, Fabrício Alves Ramos, Luiz Henrique Ferreira Martins, Vinícius Stefano dos Santos Morais, Diego Pinto de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.03

Capítulo 4: Perfil farmacoepidemiológico e nível de conhecimento da população de Belo Horizonte e região metropolitana sobre o uso de anorexígenos..... 41

Diego Pinto de Oliveira, Adriana Pereira dos Santos, Amanda Oliveira Santos, Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas, Vinícius Stefano dos Santos Morais, Luiz Henrique Ferreira Martins, Patrícia Gardênia Assis Souza, Gabriella Cristine Almeida Carneiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.04

Capítulo 5: O papel do Farmacêutico no contexto global da homeopatia 57

Gabriella Cristine Almeida Carneiro, Ana Paula Valadão Matias, Franciele Cássia dos Santos, Paloma Alves Batista, Marina Morgado Garcia, Diego Pinto de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.05

Capítulo 6: Panorama comportamental sobre automedicação, armazenamento e descarte de medicamentos presentes em diferentes domicílios de Belo Horizonte e região metropolitana 76

Diego Pinto de Oliveira, Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas, Vinícius Stefano dos Santos Morais, Patrícia Gardênia Assis Souza, Gabriella Cristine Almeida Carneiro, Luiz Henrique Ferreira Martins

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.06

SUMÁRIO

Capítulo 7: Farmácia domiciliar: Desafios quanto ao uso indiscriminado de medicamentos..... 85

Diego Pinto de Oliveira, Patrícia de Araújo Marques, Adriano Basílio, André Luiz M. Carvalho, Henrique Ferreira da Silva, Daniele Ramos Gomes, Vinícius Stefano dos Santos Morais, Luiz Henrique Ferreira Martins, Gabriella Cristine Almeida Carneiro

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.07

Capítulo 8: Importância da intervenção farmacêutica na dispensação de medicamentos críticos 92

Diego Pinto de Oliveira, Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas, Cleverson Ferreira Martins, Mateus Alves Rodrigues, Michel Franklin Machado Batista, Vinícius Stefano dos Santos Morais, Luiz Henrique Ferreira Martins, Gabriella Cristine Almeida Carneiro, Patrícia Gardênia Assis Souza

DOI: 10.36229/978-65-5866-444-4.CAP.08

Capítulo 1

Relação entre a segurança dos pacientes idosos e o uso de anti-histamínicos de primeira geração

Diego Pinto de Oliveira
Luiz Henrique Ferreira Martins
Patrícia Gardênia Assis Souza
Luiz Fernando Oliveira de Faria
Pedro de Oliveira Alfenas
Roberta Mendes Lima
Gabriella Cristine Almeida Carneiro

Resumo: Objetivo: Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o uso anti-histamínicos de primeira geração em idosos, relatando os possíveis efeitos colaterais causados pelo uso desse grupo de fármacos. Metologia: foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados Medline/Pubmed com os termos "Antihistamines [Mesh] and Adverse effects [Mesh]" , e com os termos "Antihistamines [Mesh] and Elderly [Mesh]" e na base Scielo utilizou-se os termos anti-histamínicos e idosos, e o termo alterações fisiológicas em idosos. Resultados: Como resultado da busca realizada nas bases de dados foram encontrados mais de 10.000 artigos, porém a pesquisa foi refinada e foram encontrados 211 artigos. Desses foram selecionados os que respondiam os objetivos do trabalho, encontrando-se um total de 17 artigos. Nosso estudo demonstrou que diante de todos os efeitos adversos que os anti-histamínicos de primeira geração podem causar em idosos, a melhor escolha para tratamento deste grupo de pessoas vai ser os anti-histamínicos de segunda geração, pois eles não cruzam a barreira hematoencefálica. Considerações Finais: Os idosos possuem elevada vulnerabilidade a problemas decorrentes do uso de medicamentos, entre eles os anti-histamínicos de primeira geração. Existindo a necessidade de mudar os hábitos de prescrição, para reduzir os desfechos negativos relacionados, como RAM preveníveis, acidentes, hospitalizações, incapacidades e morte. Levando a uma melhor qualidade de vida desse grupo que cresce com o decorrer dos anos. Apesar da pesquisa ter encontrado um número reduzido de artigos, o que pode ser considerado uma limitação deste estudo, as análises dessas publicações podem levar à reflexão e ao estímulo para o desenvolvimento de novos estudos sobre segurança no uso de anti-histamínicos em idosos

Palavras-Chaves: Anti-Histamínicos, idoso, efeitos adversos.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a lei 10741/2003 idoso é a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE, a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. A expectativa de vida em 2016 para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, sendo 79,31 anos para a mulher e 72,18 para o homem (PORTARIA Nº2528, MS DE 2006).

Por volta dos 60 anos de idade ocorre alterações corpóreas, como diminuição taxa de água total, perda de massa magra e aumento da gordura corpora, o que leva a um declínio das funções orgânicas. O processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas capazes de alterar à farmacocinética e à farmacodinâmica dos medicamentos. Essas alterações junto com o uso da polifarmácia faz com que alguns fármacos se tornem potencialmente inadequados para idosos gerando uma predisposição a reações adversas a medicamentos (RAM). (OLIVEIRA, 2018)

Dentre esses fármacos utilizados na polifarmácia estão os anti-histamínicos. É uma classe de medicamentos caracterizados por se oporem ao efeito da histamina, molécula liberada em grandes quantidades em casos de alergia. Eles podem ser classificados com Anti-histamínicos de primeira geração e de segunda geração. Os de primeira geração quando utilizados em idosos podem causar efeito anticolinérgico pronunciado, risco de confusão, boca seca, constipação entre outros. (ISMP, 2017)

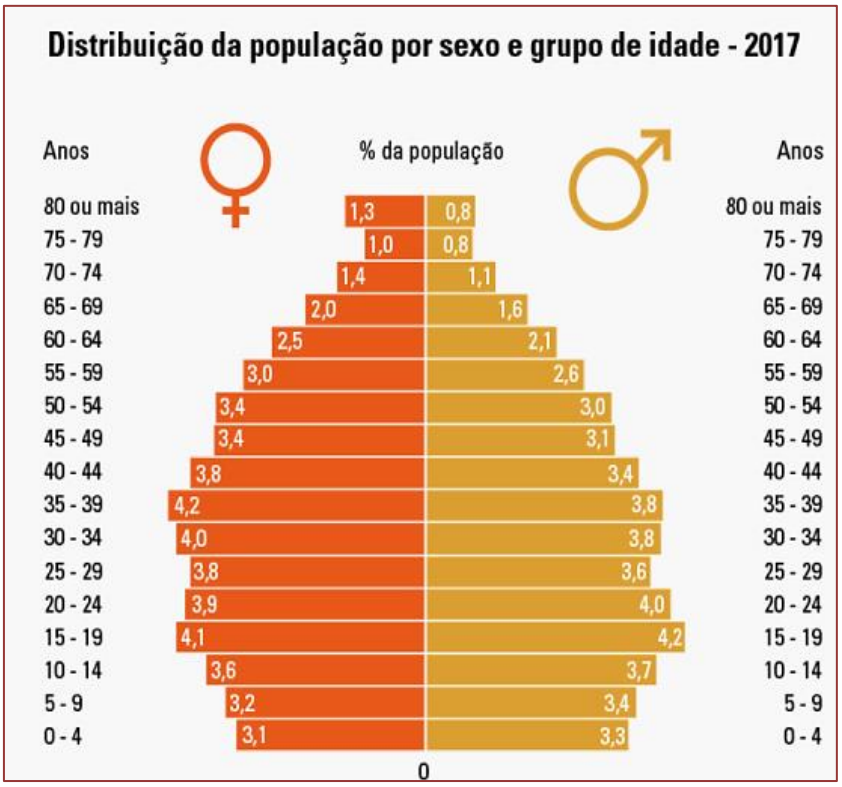
Em estudo publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 2015, Manso e Gerardi avaliaram 2.500 prescrições em idosos usuários de um plano de saúde de São Paulo. Nele, foram descritas 33% de prescrições inadequadas para esta faixa etária. Entre elas, foram identificadas 50 prescrições de anti-histamínicos de primeira geração, sendo entre elas, 34 de prometazina. Este estudo demonstra a necessidade de estudar os efeitos causados em idosos e se podem ser substituídos ou não. (MANSO, 2015)

Considerando o exposto esta pesquisa tem como objetivo descrever os riscos no uso de anti-histamínicos de primeira geração em idosos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo dados do IBGE o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, fazendo com que o Brasil possua a quinta maior população idosa do mundo. E o envelhecimento vem acompanhado do surgimento de doenças crônicas da prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de condições crônicas. E acompanhando esse quadro epidemiológico esta a pratica de polifarmácia. No Brasil, alguns estudos de base populacional descreveram a prevalência de polifarmácia na população idosa (variando entre 25 e 36%) e sua associação positiva com sexo feminino, idade igual ou superior a 75 anos, baixa escolaridade, viuvez e possuir plano de saúde. (IBGE, 2017)

Figura 1: Distribuição da população por sexo e grupo de idade -2017.



FONTE: IBGE

Durante o envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas importantes como a modificação da composição corporal e a redução das funções renal e hepática. Devido à diminuição da quantidade total de água, diminuição da massa muscular e aumento da massa de gordura ocorre uma alteração na distribuição dos medicamentos, diminuição na distribuição de compostos hidrossolúveis e uma maior distribuição de compostos lipossolúveis. Ocorre também uma diminuição do metabolismo de primeira passagem devido a um fluxo sanguíneo hepático reduzido.

A eliminação renal prejudicada leva a um aumento da meia-vida. Todas essas alterações modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos, conforme mostrado pela Figura 2 e Figura 3, deixando o idoso mais suscetível algum episodio de RAM. (NOBREGA, 2004).

Figura 2: Comparação de parâmetros fisiológicos entre adultos, jovens e idosos.

COMPRAÇÃO DE ALGUNS PARÂMETROS FISIOLOGICOS ENTRE ADULOS, JOVENS E IDOSOS.

PARÂMETRO	ADULTO JOVEM	IDOSO
Agua corporal (% do peso corporal)	61	53
Peso corporal magro (% Do peso corporal)	19	12
Gordura corporal (% Do peso corporal) Mulheres Homens	 26 - 33 18 - 20	 38 - 45 36 - 38
Albumina Sérica (g/dl)	4,7	3,8
Fluxo sanguíneo hepático (%)	100	55 - 60

FONTE: FERREIRA, 2010

Figura 3: Alterações Farmacocinéticas decorrentes do envelhecimento.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS DECORENTE DO ENVELECIMENTO.

PARÂMETRO FARMACOCINÉTICO	ALTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
Absorção	Diminuição da secreção e da motilidade gástrica; Aumento do PH gástrico; Diminuição do fluxo sanguíneo local.	Potencialmente podem aumentar ou diminuir a absorção de fármacos, porem este parâmetro farmacocinético e menos afetado pelo envelhecimento.
Distribuição	Diminuição da água corporal; Redução da massa muscular; Diminuição da albumina sérica; Aumento da gordura corporal.	Aumento do volume de distribuição de fármacos lipossolúveis; Aumento da fração do fármaco livre no plasma.
Metabolismo	Redução do fluxo sanguíneo hepático; Diminuição da massa do fígado; Redução da atividade das oxidases de função mista.	Diminuição da depuração hepática de fármacos.
Excreção	Redução da taxa de filtração glomerular; Redução do fluxo sanguíneo renal.	Pode ocorrer acúmulo de fármacos depurados pela via renal.

FONTE: FERREIRA, 2010

Um estudo transversal realizado na região metropolitana de Belo Horizonte entrevistou 1635 com idade média de 70,4 anos, em uso de pelo menos um medicamento. Esse grupo era predominante do sexo feminino, baixo nível de escolaridade, 52,1% não tinha plano de saúde, 87,1% tinha pelo menos uma condição crônica e 75,4% uso de dois medicamentos ou mais. Desse grupo analisado 43,3% apresentaram o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. (NASCIMENTO, 2016).

Tabela1: Resultados da análise multivariada de fatores associados a medicação potencialmente inapropriados para idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte.

Variáveis	RP(IC$^{95\%}$)*	Valor p**
Sexo		
Masculino	1,00	-
Feminino	1,18(1,00-1,39)	0,042
Idade (em anos)		
60-69	1,00	-
70-79	0,92(0,80-1,07)	0,305
≥80	0,79(0,62-1,00)	0,053
Escolaridade (anos completos de frequência à escola)		
<4	1,00	-
4-7	0,97(0,82-1,14)	0,707
≥8	0,85(0,67-1,07)	0,154
Morar sozinho		
Não	1,00	-
Sim	0,89(0,72-1,10)	0,292
Autoavaliação da saúde		
Muito boa/boa	1,00	-
Regular	1,19(0,98-1,44)	0,083
Ruim/Muito ruim	1,16(0,91-1,47)	0,222
Número de doenças crônicas		
<2	1,00	-
2-3	1,15(0,96-1,39)	0,132
≥4	1,28(1,04-1,56)	0,019
Número de consultas médicas		
<3	1,00	-
3-5	1,10(0,90-1,34)	0,361
≥6	0,99(0,81-1,20)	0,916
Hospitalização		
Não	1,00	-
Sim	1,07(0,92-1,24)	0,392
Uso de plano privado de saúde		
Não	1,00	-
Sim	1,01(0,86-1,19)	0,883
Número de medicamentos utilizados		
1	1,00	-
2-4	2,14(1,55-2,96)	<0,001
≥5	3,20(2,29-4,46)	<0,001

Fonte: (NASCIMENTO, 2016)

Em 2018 foi publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia estudo transversal, descritivo e analítico que visou analisar a automedicação em idosos na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da Universidade de São Paulo (USP). O estudo foi realizado com 318 frequentadores, idade média de 68,2 anos, maioria era do sexo feminino e possuía plano de saúde e nesse grupo 82 confirmaram que realizavam automedicação. Os motivos da automedicação mais referidos foram à experiência anterior com o uso do medicamento e a certeza de que o mesmo é seguro. As classes terapêuticas mais prevalentes foram as dos analgésicos, relaxantes musculares, AINE e anti-histamínicos de primeira geração. A maior parte dos medicamentos referidos segundo os Critérios de BEERS é potencialmente inapropriada para idosos, podendo gerar riscos para a saúde desses pacientes. (SANTOS, 2018)

Os principais anti-histamínicos de primeira geração disponíveis no mercado têm como princípio ativo uma dessas substancias: clorfeniramina, dexclofeniramina, dimenidrato, hidroxizina e prometazina. Sendo medicamentos de baixo custo e fácil acesso, mas são potencialmente inadequados para idosos. Eles atravessam facilmente a barreira hematoencefálica causando sonolência, sedação, fadiga e perturbação das funções cognitivas, capacidade de memória e do desempenho psicomotor. Podem interagir com os benzodiazepínicos causando sedação central e potencializam os efeitos depressores do álcool no Sistema Nervoso Central. Por apresentarem efeitos anticolinérgicos consequentemente elevam o risco de quedas e fraturas. (CORREIA, 2014)

A maior ou menor capacidade do composto de atravessar a BHE é um determinante importante da ocorrência de efeitos colaterais no SNC. Os anti-H1 de primeira geração apresentam estruturas reduzidas, são altamente lipofílicos e são rapidamente absorvidos, permitindo que atravessam a barreira hematoencefálica e ligam-se com facilidade aos receptores H1 cerebrais. (NUNES, 2016)

Desse modo, vale ressaltar que a barreira hematoencefálica em idosos apresenta um aumento de permeabilidade com isso ocorre uma penetração maior de fármacos anti-histamínicos no cérebro que são altamente anticolinérgicos podendo causar sonolência e confusão mental. (SILVA, 2018)

Os receptores H1 encontram-se amplamente distribuídos no SNC e, embora seu papel fisiológico nesses locais não esteja totalmente esclarecido, os anti-H1 podem ocasionar vários efeitos no SNC como sedação, variando de sonolência leve a sono profundo; depressão, identificada por sintomas do tipo distúrbio de coordenação, tontura, lassidão e falta de concentração e agitação. A maioria dos anti-H1 de primeira geração, se não todos, apresentam efeitos farmacológicos não relacionados à ligação ao receptor H1. O principal deles é o efeito anticolinérgico, por sua capacidade de ligar-se a receptores muscarínicos, ocasionando boca seca, taquicardia e retenção urinária. (NUNES, 2016)

Figura 4: Efeito adversos dos Anti-Histamínicos H1 de primeira geração.

FONTE: CRIADO, 2010

Diante de todos os efeitos adversos causado pelos anti-histamínicos de primeira geração podem causar em idosos os de segunda geração são considerados uma melhor escolha de tratamento para esse grupo. Uma vez que eles não cruzam a barreira hematoencefálica prontamente; são altamente específicos para receptores H1; têm pouco ou nenhum efeito anticolinérgico, antiserotoninérgico e não aumentam os efeitos de outras substâncias ativas no SNC, como os benzodiazepínicos. (WELCH, 2012).

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura. Na busca de dados para elaboração do trabalho foi realizada uma pesquisa na base de dados do Pubmed e Scielo nos últimos dez anos. Realizou-se uma procura no Medline/Pubmed com os termos “Antihistamines [Mesh] and Adverse effects [Mesh]” , e com os termos “Antihistamines [Mesh] and Elderly [Mesh]” e na base Scielo utilizou-se os termos anti-histamínicos e idosos, e o termo alterações fisiológicas em idosos. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos que respondiam o objetivo do estudo em língua inglesa e portuguesa. Foram excluídos da pesquisa os artigos em duplicidade nas bases de dados. De modo complementar também foram acessados os sites do Ministério da Saúde, do Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-BRASIL).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os anti-histamínicos de primeira geração são muito utilizados entre os idosos devido ao seu potencial hipnótico, porém os anti-H1 podem ocasionar vários efeitos no SNC como sedação, variando de sonolência leve a sono profundo aumentando assim o risco de quedas em idosos. (SILVA, 2020)

As quedas representam o grupo de causas externas com maior aumento proporcional no risco de internação, e sabe-se que os grupos de maior susceptibilidade para esse tipo de agravo são as crianças e, sobretudo, os idosos. (SANTOS, 2018)

Segundo dados do Ministério da Saúde, 2019, estima-se que há uma queda para um em cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos e mais, o índice de quedas por ano aumenta para 40%.

Os acidentes com queda podem ocorrer em todas as faixas etárias, porém para os idosos as quedas possuem um risco mais relevante devido ao próprio processo de envelhecimento uma queda neste grupo de pessoas pode levar à incapacidade e morte, possuindo assim um alto custo com hospitalizações, ocasionando problemas psicológicos, sociais e econômicos, podendo impactar diretamente na diminuição da autonomia do idoso e da sua independência. (FERREIRA, 2010).

Diante de todos os efeitos adversos que os anti-histamínicos de primeira geração podem causar em idosos, a melhor escolha para tratamento deste grupo de pessoas sempre vai ser os anti-histamínicos de segunda geração, pois eles não cruzam a barreira hematoencefálica prontamente, são altamente específicos para receptores H1; têm pouco ou nenhum efeito anticolinérgico, antiserotoninérgico, evitando alguns riscos como os de quedas. (WOOTEN, 2012).

Nosso estudo mostrou que o acompanhamento cuidadoso e identificação de desfechos negativos associados ao uso dos anti-histamínicos de primeira geração, devem ser realizados com frequência na prática clínica, seja em drogarias, farmácia, unidade básicas de saúde(UBS), hospitais ou mesmo em casa pela família do idoso. (GALATO,2010)

Como resultado da busca realizada nas bases de dados foram encontrados mais de 10.000 artigos, porém a pesquisa foi refinada e foram encontrados 211 artigos. Desses foram selecionados os que respondiam os objetivos do trabalho, encontrando-se um total de 17 artigos.

Dos 17 estudos selecionados 2 são do ano de 2010 (11,77%), 1 de 2011 (5,88%), 2 de 2012 (11,77%), 4 de 2013 (23,52%), 1 de 2015 (5,88%), 2 de 2016 (11,77%), 1 de 2017 (5,88%), 1 de 2018 (5,88%), 2 de 2019 (11,77) e 1 de 2020 (5,88%). Do total de artigos selecionados 8 são do Brasil (47,06%), 1 de Portugal (5,88%) e 8 dos Estados Unidos (47,06%). Dos 10.000 artigos buscados 9.789 foram excluídos, pois tinham mais de 10 anos de publicação, restando apenas 211 dos quais 20 estavam duplicados, 174 não tinha desfecho óbito com o tema da revisão.

Figura 5: Diagrama de Seleção de Estudos

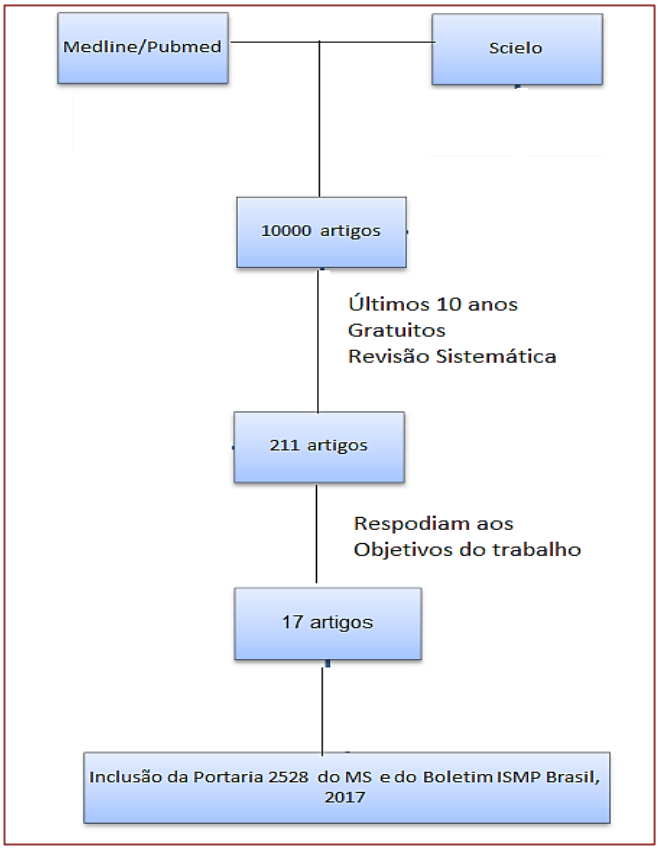


Tabela 2: Estudos incluídos na pesquisa

ANO	TÍTULO	PAÍS	AUTORES
2010	Histamina, receptores de histamina e anti-histamínicos: novos conceitos.	Brasil	CRIADO, P.R.; CRIADO, R.F.J.; MARUTA, C.W.
2010	Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação	Brasil	GALATO D, SILVA ES, TIBURCIO LS
2016	Uso potencialmente inadequado de medicamentos entre idosos brasileiros: Um estudo farmacoepidemiológico de base populacional.	Brasil	MMG NASCIMENTO, MF LIMA-COSTA, AI LOYOLA-FILHO
2016	Novos anti-histamínicos: uma visão crítica	Brasil	NUNES, I.C.C
2015	Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo	Brasil	MANSO MEG, BIFFI ECA, GERARDI TJ
2011	A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação.	Brasil	NOBREGA OT; KARNIKOWSKI MGO
2018	Pharmacological aspects of elderly: an integrative literature review	Brasil	OLIVEIRA HSB, CORRADI MLG
2020	Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: results from ELSA-Brasil	Brasil	CLARKE P.
2012	H1-antihistamines and the central nervous system. Clin Allergy Immunol	Estados Unidos	WELCH MJ, MELTZER EO, SIMONS FE

Tabela 2: Estudos incluídos na pesquisa (continuação)

ANO	TÍTULO	PAÍS	AUTORES
2012	Pharmacotherapy considerations in elderly adults.	Estados Unidos	B.S. TAMI WONG,* B.A. LEON HSU,* AND M.D. WILSON LIAO
2013	Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment.	Estados Unidos	ZARI AA, BARNEY NP
2017	Pharmacological Management of Allergic Rhinitis in the Elderly. Drugs Aging	Estados Unidos	BOZEK A
2013	Rhinitis in older adults	Estados Unidos	NYENHIUS S, MATHUR SK
2019	The Neuromodulatory Effect of Antipruritic Treatment of Chronic Prurigo. Dermatol Ther (Heidelb)	Estados Unidos	ZEIDLER C, PEREIRA M, STÄNDER S
2013	"Uso profilático de anti-histamínicos na dermatite atópica	Portugal	MARICOTO, TIAGO, AND EURICO SILVA
2019	Management of peripheral vertigo with antihistamines: New options on the horizon	Estados Unidos	DYHRFJELD-JOHNSEN J, ATTALI P
2013	Allergic disorders at a venerable age: a mini-review.	Estados Unidos	MILGROM H, HUANG H

Apesar da pesquisa ter encontrado um número reduzido de artigos, o que pode ser considerado uma limitação deste estudo, as análises dessas publicações podem levar à reflexão e ao estímulo para o desenvolvimento de novos estudos sobre segurança no uso de anti-histamínicos em idosos

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos possuem elevada vulnerabilidade a problemas decorrentes do uso de medicamentos. Isso ocorre devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas do próprio envelhecimento, às múltiplas e complexas doenças e uso concomitante de vários medicamentos. Características essas que levam vários medicamentos a se tornarem inapropriados para esse grupo da população.

Os medicamentos potencialmente inapropriados são definidos como fármacos com risco de provocar efeitos adversos superiores aos seus benefícios. Nesse grupo temos os anti-histamínicos de primeira geração em pacientes com mais de 60 anos que podem causar maior sonolência, vertigem e pressão baixa. É de suma importância que sejam bem conhecidas as possíveis consequências do uso de medicamentos entre idosos uma vez que esses fazem uso de polifarmácia.

Existe a necessidade de mudar os hábitos de prescrição ou mesmo de automedicação de anti-histamínicos de primeira geração para anti-histamínicos de segunda geração, com melhor perfil de segurança. Particularmente para os pacientes idosos, esta mudança de hábito irá reduzir a ocorrência de efeitos adversos.

Como tem sido comprovado, o envelhecimento populacional do Brasil, um país em desenvolvimento, esta configurado em um aumento da expectativa de vida, e os resultados dessa pesquisa demonstram a importância da busca de conhecimento acerca das condições de saúde dos idosos, e de ações que promovam a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de agravos da saúde.

Evitar o uso de medicamentos inapropriados para idosos é uma importante estratégia de saúde pública, pois reduz os desfechos negativos relacionados, como RAM preveníveis, acidentes, hospitalizações, incapacidades e morte, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

[1] AZARI AA, BARNEY NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013 Oct 23;310(16):1721-9. doi: 10.1001/jama.2013.280318. Erratum in: JAMA. 2014 Jan 1;311(1):95. Dosage error in article text. PMID: 24150468; PMCID: PMC4049531.

[2] BOZEK A. Pharmacological Management of Allergic Rhinitis in the Elderly. Drugs Aging. 2017 Jan;34(1):21-28. doi: 10.1007/s40266-016-0425-7. PMID: 27913982; PMCID: PMC5222894.

[3] BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Boletim do Centro de Informação Sobre Medicamentos. Edição Nº3. Ano XII- Novembro de 2014 <https://www.crfpr.org.br/uploads/revista/24143/boletim_cim_3_edicao_alterada.pdf

[4] BRASIL. Estatuto do Idoso. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.** Disponivel em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

[5] BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: < https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº2528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528 _19_10_2006.html>.

[7] BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005

[8] Boletim ISMP Brasil, MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS PARA IDOSOS, Brasil, Vol7, Nº3, agosto de 2017, ISSN:

[9] CRIADO, P.R.; CRIADO, R.F.J.; MARUTA, C.W. et al. Histamina, receptores de histamina e anti-histamínicos: novos conceitos. An Bras Dermatol., v.85, n.2, p.195- 210, 2010.

[10] DYHRFJELD-JOHNSEN J, ATTALI P. Management of peripheral vertigo with antihistamines: New options on the horizon. Br J Clin Pharmacol. 2019 Oct;85(10):2255-2263. doi: 10.1111/bcp.14046. Epub 2019 Jul 22. PMID: 31269270; PMCID: PMC6783586.

[11] GALATO D, SILVA ES, TIBURCIO LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. Ciênc Saúde Coletiva 2010.

[12] FERREIRA, M.B.C. Prescrição de medicamentos em geriatria. In: Fuchs, F.D.; Wannmacher, L. Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

[13] MARICOTO, TIAGO, and Eurico Silva. "Uso profilático de anti-histamínicos na dermatite atópica. Revisão baseada na evidência." Portuguese Journal of Pediatrics (former Acta Pediátrica Portuguesa) 44.1 (2013): 43-45.

[14] MILGROM H, HUANG H. Allergic disorders at a venerable age: a mini-review. Gerontology. 2014;60(2):99-107. doi: 10.1159/000355307. Epub 2013 Dec 3. PMID: 24334920.

[15] MMG NASCIMENTO, MF Lima-Costa, AI Loyola-Filho; Potentially inappropriate medication use among brazilian elderly: a population-based pharmacoepidemiological study; Lat Am J Pharm 35 (4), 659-66. 2016.

[16] NUNES, I.C.C, Novos anti-histamínicos: uma visão crítica. J Pediatr (Rio J). 2016;82(5 Supl):S173-80.

[17] MANSO MEG, BIFFI ECA, GERARDI TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. Rev Bras Geriatr

e Gerontol. 2015

[18] NYENHIUS S, MATHUR SK. Rhinitis in older adults. Curr Allergy@Asthma Rep. 2013;13:171–177. doi: 10.1007/s11882-013-0342-3.

[19] NOBREGA OT; KARNIKOWSKI MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília (UnB). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, (UCB). <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>

[20] OLIVEIRA HSB, CORRADI MLG. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura / Pharmacological aspects of elderly: an integrative literature review. Rev Med (São Paulo). 2018 mar.-abr.;97(2):165-76

[21] SANTOS, ADRIANA NANCY MEDEIROS DOS; NOGUEIRA, Dulcinéia Rebecca CAPPELLETTI; BORJA-OLIVEIRA, CAROLINE RIBEIRO DE. Automedicação entre participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade e fatores associados. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 419-427, ago. 2018.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1809-98232018000400419&lng=pt&nrm=iso>

[22] SILVA IR, GIATTI L, CHOR D, FONSECA MJM, MENGUE SS. Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: results from ELSA-Brasil. Rev. bras. epidemiol. 23 06 July 2020.

[23] THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2019 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Update Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. https://qioprogram.org/sites/default/files/2019BeersCriteria_JAGS.pdf

[24] WELCH MJ, MELTZER EO, SIMONS FE. H1-antihistamines and the central nervous system. Clin Allergy Immunol. 2002;17:337-88. PMID: 12113223.

[25] WOOTEN, J.M. Pharmacotherapy considerations in elderly adults. South Med J, v. 105, n. 8, 2012.

[26] ZEIDLER C, PEREIRA M, STÄNDER S. The Neuromodulatory Effect of Antipruritic Treatment of Chronic Prurigo. Dermatol Ther (Heidelb). 2019 Dec;9(4):613-622. doi: 10.1007/s13555-019-00321-6. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31512177; PMCID: PMC6828989.

Capítulo 2

Aspectos críticos relacionados ao uso de benzodiazepinícos por idosos

Diego Pinto de Oliveira
Patrícia Gardênia Assis Souza
Bheatriz Winter da Silva
Gabriela Verônica Nazareth
Jacqueline Dionizio Matias
Wanderson Antunes Mendes
Gabriella Cristine Almeida Carneiro

Resumo: Estima-se que o processo de envelhecimento no Brasil vem aumentando de forma abrupta. Com isso, os indivíduos com mais de 60 anos tendem a apresentar diversas comorbidades e consequentemente os idosos começam a fazer uso de múltiplos medicamentos. Entretanto, muitos medicamentos são inapropriados para os idosos, uma vez que os riscos das suas utilizações superam seus benefícios. Desse modo, este trabalho justifica-se devido ao comprometimento da segurança dos idosos usuários de benzodiazepínicos (BDZs), onde o atual estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura e visa discutir a segurança dos benzodiazepínicos em idosos, sendo fundamental avaliar se o uso se faz realmente necessário nessa população. Os resultados da pesquisa apontam que a população idosa em geral sofre algumas alterações fisiológicas comuns em decorrência do tempo, fazendo com que ocorra um processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos, tornando assim a população mais frágil. Conforme apontado no critério de Beers, o uso dos BZDs pode causar sedação pronunciada, delirium, quedas, fraturas, acidentes automotores, amnésia, entre outros. A quantidade excessiva de medicamentos que os idosos fazem uso, devido às doenças crônicas, torna-se favorável a interação medicamentosa com os BZDs, podendo causar competição entre as classes, de forma que um possa impedir a ação do outro, causando assim o atraso na melhora ou piora do quadro clínico. Entretanto, apesar de apresentar determinados efeitos adversos e interações medicamentosas evidentes, os BZDs têm o seu índice de toxicidade baixo em comparação a diversas outras classes, além do mais, são raros os casos de overdose e intoxicação, devido à dificuldade em atingir sua concentração toxica. Apesar de a pesquisa ter encontrado um número reduzido de artigos, as análises dessas publicações podem levar à reflexão e ao estímulo para o desenvolvimento de novos estudos sobre a segurança no uso de benzodiazepínicos em idosos.

Palavras-chave: benzodiazepínicos, idosos, sistema nervoso central, medicamentos potencialmente inadequados, efeitos adversos, segurança.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idoso qualquer indivíduo com 60 anos ou mais. O mesmo conceito é entendido e está presente na Política Nacional do Idoso (instituída pela lei federal 8.842 de 1994), que tem como objetivo resguardar os direitos sociais do idoso e no Estatuto do Idoso (lei 10.741 de 2003), que vem regular tais direitos (MACHADO, 2019).

Os medicamentos que sofrem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento, afetam indivíduos idosos que apresentam respostas de medicamentos diferentes daquelas apresentadas por pessoas mais jovens. Para a população idosa, alguns medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) tem relação direta com o aumento do risco de eventos adversos que superam os benefícios ou à contínua existência de uma alternativa terapêutica mais segura (CASSONI et al.,2014).

As investigações no Brasil são realizadas em diferentes localidades e sofrem variação no uso dos MPI. O estudo Cassoni et al., (2014) relata duas pesquisas, onde aponta que em Minas Gerais, foi realizada uma pesquisa em estudo de base populacional que retratou a utilização por 44,7% dos idosos que foram entrevistados, sendo o gênero feminino expressivo ao uso associado. Num segundo momento, foi realizada uma pesquisa do Programa de Saúde da Família com atendimentos aos idosos na região Nordeste do país, onde verificou-se 34,5% da população idosa como usuários de MPI (CASSONI et al.,2014).

Neste contexto, os MPI mais usados entre os idosos, estão os benzodiazepínicos (BZDs). Os BZDs estão entre os mais consumidos em diferentes países do mundo, inclusive no Brasil, onde ele é a terceira classe de fármacos mais prescritos (ROCHA, 2014). Esta classe foi introduzida na terapia médica na década de 1960, atua como depressora do Sistema Nervoso Central (SNC), além de ser utilizada como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e miorrelaxantes (FIRMINO et al., 2011).

A eficácia dos BZDs é bem documentada em tratamentos de curto prazo, mas o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos e dependências. Vários estudos já apontaram distorções nas prescrições de BZDs como: tempo de tratamento prolongado, uso indevido para alívio de quadros não específicos, uso pelos idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil de classes farmacológicas. Vários problemas de saúde causados por estes medicamentos podem ser melhorados pelo uso simultâneo de outros depressores do SNC, como álcool e outros psicotrópicos (FIRMINO et al., 2011).

Vale ressaltar ainda que, o uso de vários medicamentos (polifarmácia) entre as pessoas mais velhas, em alguns casos, pode estar associado a resultados negativos, como a ocorrência de interações medicamentosas, a não conformidade com o tratamento prescrito, o aumento dos custos da assistência à saúde, a redução da capacidade funcional, a ocorrência de eventos adversos, dentre outros (NASCIMENTO, 2016). No âmbito da atenção primária à saúde, estima-se que iniciativas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) possam identificar e prevenir os resultados negativos associados à medicação, bem como diminuir os riscos das prescrições de medicamentos inadequados. É de extrema importância avaliar o impacto das prescrições dessa classe terapêutica e alternativas mais seguras para essa população idosa, bem como verificar sua necessidade de uso (HUFFENBEACHER et al., 2012).

Portanto, discutir sobre o uso de BZDs em idosos, detalhando a farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos adversos e alterações fisiológicas causadas por essa classe

medicamentosa, nos trás uma abordagem sobre a segurança no uso desses fármacos. Desse modo, o trabalho visa discutir e avaliar a segurança dos benzodiazepínicos em idosos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS/INAPROPIADOS PARA IDOSOS

O processo de envelhecimento da população está relacionado em diversos desafios de saúde pública, sendo associadas ao aparecimento de múltiplas doenças crônicas, incapacidades físicas, mentais e cognitivas, fazendo com que consequentemente gere uma necessidade de terapias farmacológicas (MOREIRA et al.,2018).

O uso de múltiplos medicamentos por idosos aumenta o risco de reações adversas, síndromes geriátricas, declínio funcional e interações medicamentosas. Por esses motivos que a população utiliza serviços de saúde e medicamentos, fazendo com que a polifarmácia em alguns casos possa aumentar os riscos de problemas relacionados ao uso de medicamentos, dentre eles a reação adversa a medicamentos. Esses efeitos adversos podem ser devido a mudanças fisiológicas dos idosos que estão relacionadas ao envelhecimento, influenciando a farmacocinética e farmacodinâmica do fármaco, sendo como parâmetro à excreção renal e eliminação hepática. Essas alterações diminuem a capacidade de reserva, defesa e adaptação, que irão interferir nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica (SILVA et al.,2015).

Entretanto, para reduzir esses eventos adversos em idosos e na tentativa de favorecer o uso racional de medicamentos nesta faixa etária, deve ser considerada uma relação de risco-beneficio de cada medicamento. Para isso, o autor Beers foi pioneiro no desenvolvimento de listas de MPI para idosos, desenvolvendo critérios para a seleção de fármacos com o objetivo de facilitar a adaptação da farmacoterapia para os idosos e auxiliar os profissionais de saúde a prescreverem de forma mais segura. Desde aquele tempo, este critério tem sido um dos métodos utilizados na análise do uso de MPI, sendo sua versão mais atual a de 2019, pela American Geriactric Society (AGS) -AGS/Beers 2019 (MOREIRA et al.,2018; SILVA et al.,2015).

2.2. PRINCIPAIS CLASSES DE FÁRMACOS INAPROPIADOS

Os critérios para identificação de MPI ainda são desconhecidos para muitos prescritores fazendo com que a identificação de seu uso tem sido intencionalmente documentada em instituições de longa permanência. Para isso é necessário que a prevenção com o grupo-alvo prioritário faça medidas preventivas relacionadas a medicamentos sobre os eventos adversos (COSTA et al.,2008).

De acordo com as versões mais atualizadas do Critério de Beers (2015 e 2019) e com o estudo de Soares et al., (2017), foram elaborados dois quadros com algumas das classes dos MPI's mais utilizados pelos idosos, conforme descritos nos quadros abaixo (Quadro 1 e Quadro 2).

Quadro 1: Descrição dos medicamentos que devem ser evitados em idosos.

Classes	Medicamentos	Efeitos Adversos
Anti-inflamatórios não esteroides não seletivos para COX 2	Ibuprofeno	Risco de sangramento gastrointestinal ou úlcera péptica em grupos de alto risco (ex.: idade acimade 75 anos, fazendo uso de corticoides, anticoagulantes e/ou antiplaquetários). Não deve ser utilizado em pacientes com hipertensão oudoenças cardiovasculares.
Anti-histamínicos de primeira geração	Dexclorfeniramina	Possuindo risco de confusão mental,boca seca, constipação e outros efeitosanticolinérgicos.
Bloqueadores alfa centrais	Clonidina eMetildopa	Alto risco de efeitos adversos no SNC. Pode causar bradicardia e hipotensão ortostática. Não recomendado como tratamento parahipertensão.
Bloqueador dos canais lentos de cálcio	Nifedipino de liberação imediata	Com alto risco de hipotensão e isquemia miocárdica.
Sulfonilureias de longa duração	Glibenclamida	Risco de hipoglicemia prolongada.

Fonte: Adaptado de SOARES et al., 2017

Quadro 2: Descrição dos medicamentos psicofármacos e antibióticos que devem ser evitados para idosos.

Classes	Medicamentos	Efeitos Adversos
Inibidores seletivos derecaptação da serotonina	Fluoxetina	Estimulação do SNC, agitação e distúrbios do sono.
Benzodiazepínicos demeia-vida longa	Clonazepam, Bromazepam e Diazepam.	Sedação, possibilidade de quedas e fraturas.
Benzodiazepínicos de meia-vida curta, conforme dose	Lorazepam >3 mg Alprazolam >2 mg	Considerando o aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicosapresentado por idosos, doses menores são maisseguras e tão efetivas quanto as maiores.
Barbitúricos	Todos menos o Fenobarbital, exceto quandousados para o tratamento de convulsões.	Incidência muito maior de eventosadversos em idosos que a maioria dos medicamentos sedativos e/ou hipnóticos.
Antibióticos	Nitrofurantoína	Risco elevado de insuficiência renal.

Fonte: Adaptado de SOARES et al., 2017

3. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS QUE OCORREM EM IDOSOS POR DECORRÊNCIA DO TEMPO

As doenças causam a perda de reservas orgânicas e, consequentemente, leva a uma aceleração do envelhecimento e processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos. O crescimento da população idosa é um fenômeno global e foi destacado, especialmente em relação às suas implicações da saúde social e pública. A OMS assumiu que, em 2025, a população mundial com mais de 60 anos será de, aproximadamente, 1,2 bilhões, sendo que os muitos idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento (SILVEIRA et al., 2010).

É evidente o rápido crescimento do tempo de vida da população brasileira nas últimas décadas. O índice de envelhecimento da população, que correspondeu a 6,4% em 1960, atingiu 13,9% em 1991, representando 7,5% da população de idosos em todo o mundo, o que demandará custos com políticas públicas de saúde. No Brasil, o indivíduo que tem 60 anos ou mais de idade é considerado idoso. É uma fase da vida em que as pessoas tinham muitos benefícios, mas também muitas perdas, dentre as quais se destaca a saúde como um dos aspectos mais afetados nos idosos (CARDOSO, 2009; SILVEIRA et al., 2010).

Com o passar do tempo o corpo humano tem seu processo natural de envelhecimento de cada sistema, sem que haja a interferência de fatores ambientais. Existem mudanças que acontecem mais cedo e acabam se tornando mais evidentes quando o organismo é atacado por doenças adversas. Por esse motivo é de suma importância conhecer as mudanças fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento para a prevenção da independência do idoso (CARDOSO, 2009).

3.1. ALTERAÇÕES ANATÔMICAS

Na coluna vertebral ocorrem modificações anatômicas que causa redução na estatura, aproximadamente 1 a 3 cm a cada década. Após os 50 anos de idade inicia-se a atrofia óssea, ou seja, a perda de massa óssea que poderá levar a fraturas. A cartilagem articular torna-se menos resistente e menos estável sofrendo um processo degenerativo. Ocorre diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido gradativamente substituído por colágeno e gordura. As alterações no sistema osteoarticular geram a piora do equilíbrio corporal do idoso, reduzindo a amplitude dos movimentos e modificando a marcha. Além disso, o envelhecimento modifica a atividade celular na medula óssea, ocasionando reabastecimento inadequado de osteoclastos e osteoblastos e também desequilíbrio no processo de reabsorção e formação óssea, resultando em perda óssea (SILVEIRA et al., 2010; CARDOSO, 2009).

Há uma tendência a ganho de peso pelo aumento do tecido adiposo e a perda de massa muscular e óssea. A distribuição da gordura corporal se acentua no tronco e menos nos membros. Dessa forma, a gordura abdominal eleva o risco para doenças metabólicas, sarcopenia e declínio de funções. O aumento na gordura corporal total e a diminuição do tecido muscular podem ocorrer principalmente devido à menor taxa de metabolismo basal e nível de atividade física (CASSONI et al., 2014; CARDOSO, 2009).

3.2. ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Muitos testes sugerem que os idosos têm mais dificuldade em assimilar novas informações e reduzir a capacidade de raciocinar. Em geral, os idosos são mais lentos para responder a algumas tarefas cognitivas e são mais suscetíveis à interrupção da informação do que jovens adultos. Entre as mudanças mais importantes da estrutura e funcionamento do cérebro, pode ser destacado: atrofia (redução de peso e volume), hipotrofia dos sulcos corticais, redução do volume do córtex, espessamento das meninges, redução do número de neurônios e diminuição de neurotransmissores (DAMASCENO, 2000).

Ocorrem ainda alterações degenerativas na estrutura do olho, acarretando na diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz e capacidade de adaptação noturna. A perda de audição é um resultado da disfunção dos componentes do sistema auditivo, onde

ocorre a perda da discriminação dos sons mais baixos e um maior acúmulo de cera no ouvido causado por uma alteração na função glandular. As alterações vasculares também podem alterar na perda da audição. É comum que o idoso tenha vertigem e sensações de zumbidos devido às alterações (DAMASCENO, 2000; SANTOS et al., 2009).

4. BENZODIAZEPÍNICOS

Os primeiros BZDs foram descobertos em 1950 pelo Dr. Leo H. Sternbach, que na época trabalhava no laboratório de pesquisas F. Hoffmann-La Roche Ltd. nos EUA. A denominação dessa classe se deve ao fato de sua composição ser constituída por um anel de benzeno fundido com um de sete membros de 1,4-diazepina em sua estrutura central (BERNIK et al., 1990; SILVA, 1999).

Durante o desenvolvimento do primeiro BZD ocorreu um acidente no qual deu origem ao clordiazepóxido, sintetizado por acaso, quando Sternbach percebeu que houve uma mudança na estrutura original que havia sido atribuída à molécula. Na fase de estudos pré-clínicos em animais, o composto demonstrou ter efeitos anticonvulsivos, antiagressivos e baixa toxicidade. Já na fase clínica, realizada com pacientes esquizofrênicos, o composto demonstrou uma diminuição da ansiedade (SILVA, 1999).

Após avaliações clínicas, o clordiazepóxido foi lançado em 1960, onde foi bem aceito por médicos e pacientes e seu lançamento causou forte impacto no tratamento dos distúrbios da ansiedade. Sua rápida aceitação fez com que empresas farmacêuticas desenvolvessem drogas similares baseando-se no núcleo da benzodiazepina e após três décadas, cerca de cinquenta novos fármacos já estavam disponíveis no mundo inteiro (BERNIK et al., 1990; SOARES et al., 2017).

No entanto, tornava-se evidente que, apesar de sua segurança e eficácia, os BZDs poderiam causar abstinência e dependência em determinados pacientes devido ao seu uso crônico. Um dos responsáveis por questionar essa relação risco/benefício foi um renomado especialista chamado Malcom Lader, professor do Instituto de Psiquiatria de Londres, pois o mesmo observou que os BZDs poderiam vir a se tornar objeto de consumo abusivo e fazer parte do grupo de drogas de consumo ilícito (SOARES et al,. 2017).

4.1. FARMACOCINÉTICA

O início, duração e intensidade dos efeitos provocados pelos BZDs são explicados a partir de sua farmacocinética. Estes medicamentos são absorvidos pelo trato gastrointestinal (TGI) e podem ser administrados por via oral, intravenosa, intramuscular e transmucosa, onde é possível obter-se uma concentração plasmática de aproximadamente uma hora, caso não ocorra nenhum tipo de interação com alimentos ou fármacos que poderiam aumentar ou diminuir a absorção dos mesmos. Possuem uma melhor absorção nas vias de administração oral e intravenosa, sendo que nessa primeira via de administração a lipossolubilidade faz com que os BZDs se diferenciem quanto a taxa com que se penetram no SNC (OLIVEIRA et al., 2015).

A biotransformação hepática dos BZDs ocorrem através da ação das isoenzimas CYP2C19 e CYP3A4 pertencentes ao citocromo P450, isoenzimas que geralmente se encontram presentes no metabolismo de muitos antidepressivos, o que se torna preocupante em casos de uso indiscriminado, pois pode ocorrer uma diminuição de sua

metabolização. A excreção dos BZDs é renal, na forma de conjugados de glicuronídios ou metabólitos oxidados, e se apresenta em menor quantidade nas fezes (LINDNER, 2017).

É importante lembrar que os BZDs tem uma grande facilidade para penetrar uma membrana biológica e de forma geral possuem uma alta lipossolubilidade, ou seja, são rapidamente absorvidos uma vez que atravessam com facilidade a barreira hematoencefálica e placentária, aumentando as chances de causar anomalias congênitas e problemas neonatais. Podendo também ser excretados no leite materno, ocasionando sedação dentre outros problemas no recém-nascido (BERNIK et al., 1990; LINDNER, 2017; OLIVEIRA et al., 2015).

4.2. FARMACODINÂMICA

Os BZDs atuam no sistema de neurotransmissão do ácido gama-amino-butírico (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório do SNC, sendo que aproximadamente 20% dos neurônios são gabaérgicos. Esta classe de medicamentos exercem seus efeitos através de interações alostéricas com seu receptor, no qual o nome é o mesmo do neurotransmissor, GABA-A, complexo que é formado por cinco subunidades proteicas (dois do tipo alfa, dois do tipo beta e um gama), localizados no córtex, cerebelo e estruturas límbicas. Os BZDs vão se ligar nos receptores GABA-A, com uma maior precisão na porção alfa, porém, não vai atuar diretamente no receptor GABA, o que faz com que haja uma potencialização no momento em que o neurotransmissor se liga ao seu receptor. Após a ligação do receptor GABA-A pelo GABA ocorre então a abertura do canal de cloreto, proporcionando a entrada deste íon, resultando na hiperpolarização da membrana e consequente diminuição da excitabilidade neuronal da célula, o que provoca sono e melhora da ansiedade (LINDNER, 2017; OLIVEIRA et al., 2015).

Os BZDs atuam como agonistas alostéricos fracos e só irão produzir seus efeitos caso o neurotransmissor GABA estiver presente. É essa ação que faz desses medicamentos mais seguros do que outras classes, como os Barbitúricos, por exemplo. Eles exercem seu efeito ansiolítico através da inibição das sinapses no sistema límbico, região do SNC que é responsável por controlar o comportamento emocional e caracterizado por sua elevada densidade de receptores GABA-A (SOARES et al., 2017).

4.3. PRINCIPAIS BZDS

Há vários fármacos da classe dos BZDs, a escolha desses fármacos vai depender basicamente do tempo de meia-vida que cada um apresenta, podendo ser divididos em longa duração, curta a intermediária e curta duração, conforme classificação abaixo.

- Longa duração (40 a 250h):

Diazepam: O Diazepam é indicado para alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. Pode também ser útil como coadjuvante no tratamento da ansiedade ou agitação associada a desordens psiquiátricas (GUEVARA, 2014).

- Ação curta a intermediária (12 a 40h):

Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam, Estazolam, Lorazepam e Nitrazepam: Cada fármaco citado acima tem sua uma função específica, no geral eles são hipnóticos,

sedativos, antiepilético, pode ter indicações para transtornos ansiosos, fobia social, depressão, transtorno de pânico, entre outros (NALOTO et al., 2015).

- Curta duração (1 a 12h):

Midazolam e Triazolam: Esses fármacos apesar de ter uma menor ação em relação aos demais, podem ser usados em caso de epilepsia e tem uma pequena ação ansiolítica/ sedativa (GUEVARA, 2014; NALOTO et al., 2015; KOROLKOVAS et al., 2009).

4.4. EFEITOS ADVERSOS

O critério de Beers exemplifica melhor sobre a utilização desses fármacos e o risco que eles podem causar aos idosos e avalia melhor a utilização desses fármacos. Portanto, esse critério foi desenvolvido no ano de 1991 com o intuito de listar os medicamentos potencialmente inadequados para os idosos. Seu último critério foi atualizado em 2015. Atualmente, ele é aplicável em idosos em cuidados paliativos, mas também em prescrições potencialmente inadequadas. O Critério de Beers aponta ainda que o uso dos BZDs pode causar sedação pronunciada, delirium, quedas, fraturas, acidentes automotores, amnésia, entre outros (LOPES et al., 2015).

As quedas são fatores que precisam de uma atenção maior, pois devido as quedas o idoso pode desencadear doença vascular cerebral, síncope, perda de consciência, convulsões, alteração motora ou fatores externos (TOMAZ et al., 2017).

Os acidentes, por muitas vezes ocorrem, pois, os BZDs podem diminuir as funções motoras, causando fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural. Por isso, há um grande desafio dos profissionais da saúde em conscientizar sobre o uso racional desse medicamento, com intuito de reduzir as quedas. Portanto, é recomendado o uso de BZDs de ação intermediária ou curta em idosos, como o oxazepam, alprazolam e lorazepam, com avaliação periódica e tempo de tratamento pré-definido, evitando os efeitos colaterais por uso prolongado (TOMAZ et al., 2017).

Não obstante, o uso desses medicamentos de forma racional é de extrema importância para prevenir os efeitos adversos, que pode prejudicar a qualidade de vida e saúde dos idosos. Mas a utilização de medicamentos inapropriados pela população é um problema de saúde pública, com isso se tem uma importância no estudo frequente na utilização desses medicamentos e avaliar se seu uso é realmente necessário e buscar também medidas não farmacológicas (ALVIM et al., 2017).

Portanto, a prescrição em idosos, assim como o uso prolongado, deve ser avaliada com prudência, considerando as alterações fisiológicas dos idosos e os efeitos adversos dos medicamentos (LOPES et al., 2015).

4.5. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A interação medicamentosa é o resultado de uma interferência no efeito de um medicamento, que pode acontecer pelo uso de outro medicamento, alimentos, bebidas ou ainda por alguns agentes químicos ambientais. Dentre os fatores que resultam nas interações medicamentosas está a automedicação e a prática da polifarmácia, que é comum entre os idosos e portadores de doenças crônicas, pois fazem uso de mais de um medicamento simultaneamente por longo período. Na terceira idade, ocorre um aumento de susceptibilidade a doenças crônicas, incapacidades, problemas psicossociais e

comorbidades são mais prevalentes. Com isso, aumenta o uso de medicamentos para fazer o tratamento de cada doença que aquele idoso apresenta. Devido essa causa, é notório a importância do uso de medicamento, porque é uma das principais formas de tratamento para o controle e prevenção das condições crônicas de saúde mais prevalentes, principalmente no caso dos idosos. Porém a problemática é que o elevado uso de medicamentos torna os idosos mais suscetíveis aos riscos de polifarmácia e de problemas relacionados à farmacoterapia (SANTOS et al., 2010; ALVIM et al., 2017).

Os BZDs causam os efeitos depressores aditivos do SNC quando é administrado a outros depressores do SNC, como o álcool, barbitúricos, antipsicóticos, sedativos/hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos narcóticos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e anestésicos. Em destaque os anti-histamínicos devem ter uma atenção maior nos idosos, essa classe faz parte dos medicamentos potencialmente inadequados para os idosos e pode causar efeito anticolinérgico pronunciado, risco de confusão, boca seca, constipação e outros efeitos anticolinérgicos (SANTOS et al., 2010).

As principais interações medicamentosas que os BZDs promovem são:

- Diminuição da absorção: antiácidos e alimentos.
- Aumento dos efeitos no SNC: anti-histaminicos, analgésicos opióides, antidepressivos tricíclicos, álcool e barbitúricos.
- Diminuição dos efeitos no SNC: metilxantinas (cafeína, teofilina).
- Aumento do metabolismo: carbamazepina, rifampina e corticosteroides.
- Diminuição do metabolismo: cimetidina, antifúngicos, eritromicina e anticoncepcional.

Com isso se nota a importância de orientação para o idoso fazer o uso correto desses medicamentos, pois geralmente os idosos apresentam a saúde bem vulnerável e precisa fazer o uso de diversos medicamentos, caso o idoso esqueça de fazer o uso de um medicamento e administra com algum desses depressores do SNC, pode causar interação medicamentosa (ALVIM et al., 2017).

4.6. TOXICIDADE

Os BZDs têm uma segurança alta que é comprovada pelo seu baixo risco de toxicidade, alto índice terapêutico e raros casos de overdoses. Porém, os seus efeitos adversos são acentuados em idosos, principalmente pelo uso inadequado. Pelo fato dessa classe ter uma segurança considerada relativamente boa, muitos idosos acabam fazendo o uso prolongado desses medicamentos, causando dependência (NUNES & BASTOS, 2016).

O uso prolongado de BZD é uma problemática, pode causar tolerância de dose, levando até mesmo a uma superdosagem. A superdosagem provoca sono prolongado, mas sem depressão grave da respiração, sendo este um dos fatores que os tornam menos perigosos que outros ansiolíticos (SANTOS et al., 2010).

O uso de BZDs na terceira idade requer uma atenção maior, pois nessa fase os riscos de intoxicação são maiores devido às alterações fisiológicas que os idosos sofrem, interferindo diretamente na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos. É importante ressaltar que o medicamento pode causar amnésia e o idoso pode acabar

esquecendo que já faz o uso daquele medicamento e ingeri-lo novamente, com isso pode levar a superdosagem (NUNES & BASTOS, 2016).

A superdose raramente pode colocar a vida em risco se o medicamento estiver sido ingerido separadamente, mas pode causar: arreflexia, apneia, hipotensão arterial, depressão cardiorrespiratória e coma. O coma, se acontecer, geralmente tem duração de poucas horas; porém, pode ser prolongado, particularmente em pacientes idosos. Os efeitos de depressão respiratória por benzodiazepínicos são mais graves em pacientes com doença respiratória. Há risco também quando os BZD são administrados com outros depressores do SNC, como por exemplo o álcool (ANVISA, 2017).

5. METODOLOGIA

O atual estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que foi desenvolvida a partir de trabalhos e pesquisas já realizados anteriormente. Com isso, a base deste trabalho foi feita a partir de consultas em revistas, livros de farmacologia e artigos científicos pesquisados na base de dados do Google Acadêmico (Scholar), Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Anvisa. Para fichamento e levantamento de dados foram incluídos trabalhos publicados nos últimos 10 anos, completos e na língua portuguesa. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras chaves: benzodiazepínicos, idosos, sistema nervoso central, medicamentos potencialmente inadequados, efeitos adversos, segurança, de forma isolada e/ou associadas, bem como: benzodiazepínicos em idosos, medicamentos potencialmente inadequados para idosos, segurança dos benzodiazepínicos em idosos, efeitos adversos dos benzodiazepínicos, sistema nervoso central dos idosos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do cruzamento de chaves dos descritores, e a busca avançada na BVS, encontramos 80 artigos, dos artigos encontrados na busca inicial. Por meio de leitura dos títulos e resumo dos artigos, foram pré-selecionados 26 para leitura mais detalhada e composição do referencial teórico, onde o critério utilizado para exclusão dos demais artigos foi eliminar aqueles onde as informações não eram voltadas para o objetivo final do trabalho. Dos artigos pré-selecionados, 5 artigos foram selecionados (conforme apresentação no Quadro 3), para a realização de um fichamento, com a criação de três categorias temáticas divididas em: efeitos adversos, interações medicamentosas e toxicidade, evidenciando a segurança do uso dos BZDs em idosos.

Todos os artigos selecionados referem-se a publicações brasileiras e em idioma português. O período de publicação dos artigos selecionados para fichamento ficou compreendido entre 2010 a 2020.

Quadro 3: Estudos incluídos na pesquisa para fichamento.

Autor	Ano	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Principais BZD's citados no estudo e sua indicação
SANTOS et al.	2010	Realizar levantamento de possiveis interações medicamentosas de fármacos atuam no SNC.	Estudo observacional de coorte transversal através da coleta de dados por questionário.	Diazepam: ansiedade, crises epiléticas e relaxamento muscular.
LOPES et al.	2015	Determinar a frequência de utilização de MPI em domicílio.	Estudo transversal, retrospectivo.	Diazepam: ansiedade, crises epiléticas e relaxamento muscular; Clonazepam: convulsões e ansiolítico.
NUNES & BASTOS	2016	Destacar os efeitos colaterais provocados pelo uso indevido e prolongado dos BZD's.	Revisão bibliográfica.	Alprazolam: ansiedade; Clordiazepóxido: ansiedade, abstinência alcoólica e medicação pré-anestésica; Clonazepam: convulsões e ansiolítico; Diazepam: ansiedade, crises epiléticas e relaxamento muscular; Flurazepam: insônia; Lorazepam: ansiedade e medicação pré-anestésica; Midazolam: ação pré-anestésica.
ALVIM et al.	2017	Avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de BZD's em idosos da comunidade.	Estudo transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar com 423 idosos.	Alprazolam: ansiedade; Bromazepam: ansiedade, tensão e outras queixas associadas à síndrome de ansiedade; Clonazepam: convulsões e ansiolítico; Cloxazolam: distúrbios emocionais; Diazepam: ansiedade, crises epiléticas e relaxamento muscular; Flunitrazepam: insônia; Lorazepam: ansiedade e medicação pré-anestésica
TOMAZ et al.	2017	Verificar quais medicamentos dentre BZD e diuréticos influenciam na queda em idosos de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil.	Pesquisa de caráter transversal, descritiva, exploratória e quantitativa através da aplicação de um formulário nas UBS's.	Clonazepam: convulsões e ansiolítico; Bromazepam: ansiedade, tensão e outras queixas associadas à síndrome de ansiedade; Alprazolam: ansiedade;

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021

Após o fichamento dos artigos selecionados no quadro e com base no levantamento de dados fornecidos, é possível evidenciar os riscos que o uso dessa classe medicamentosa pode provocar nos idosos. A seguir são apresentadas as categorias:

6.1. EFEITOS ADVERSOS

A população idosa em geral sofre algumas alterações fisiológicas comuns em decorrência do tempo, fazendo com que ocorra um processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos, tornando assim a população mais frágil. Conforme apontado no critério de Beers, o uso dos BZDs pode causar sedação pronunciada, delirium, quedas, fraturas, acidentes automotores, amnésia, entre outros. O estudo Tomaz et al., (2017) demonstrou aumento de 14,9% de quedas entre os idosos que usam e os que não usam benzodiazepínicos, sendo o Odds Ratio igual a 1,82. Coutinho e Silva (2002) demonstraram a associação do uso desse fármaco e fraturas decorrente de quedas pelo Odds Ratio igual a 2,09. O estudo ainda demonstrou que a polifarmácia eleva o número de

quedas pela maior chance do uso inadequado dos fármacos e pela interação medicamentosa entre eles, sendo condizente com a literatura da média de consumo de 3 (±1,6) medicamentos por idoso, como descrito por Costa et al., (2004) e Ferreira, Ferreira e Escobar (2012).

Desse modo, julga-se necessário uma atenção especial na questão das quedas, pois o uso dos BZDs podem diminuir as funções motoras, causando fraqueza muscular, fadiga e vertigem, deixando o idoso mais susceptível a sofrer tal evento, o que poderia desencadear doença vascular cerebral, síncope, perda de consciência, convulsões alteração motora e demais fatores externos (LOPES et al., 2015; TOMAZ et al., 2017). Vale ressaltar ainda que além dos BZDs serem medicamentos inapropriados para os idosos o uso prolongado está relacionado a redução do efeito ansiolítico, efeito rebote (insônia) dependência e maior risco de tolerância (TOMAZ et al., 2017).

6.2. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A quantidade excessiva de medicamentos que os idosos fazem uso, devido às doenças crônicas, torna-se favorável à interação medicamentosa com os BZDs, podendo causar competição entre as classes, de forma que um possa impedir a ação do outro, causando assim o atraso na melhora ou piora do quadro clínico. O uso dos BZDs com os analgésicos opióides (Codeína) pode causar depressão respiratória e sonolência intensa e se não forem revertidos a tempo, o quadro pode evoluir para coma e posteriormente, morte. Já os Inibidores da Bomba de Prótons (Omeprazol) interage de forma leve com o fármaco Diazepam (BZD), diminuindo o metabolismo hepático do Diazepam proporcionando um efeito sedativo potente do mesmo. O estudo Santos et al., (2010) aponta que muitos medicamentos de venda livre apresentam anti-histamínicos como princípios ativos, fármacos conhecidos pela sua atividade sedativa, sendo assim, a interação de tais compostos com outros sedativos, como os benzodiazepínicos e anticonvulsivantes, pode ocasionar sedação excessiva (Brunton et al., 2007). O estudo demonstrou ainda que dentre os indivíduos entrevistados, 13 estavam fazendo o uso concomitante de benzodiazepínicos juntamente com antidepressivos. Essas interações envolveram amitriptilina e diazepam, e fluoxetina e diazepam. Alguns relatos na literatura mostram que a interação entre a amitriptilina ou fluoxetina e o diazepam pode provocar aumento nas concentrações séricas do benzodiazepínico, levando à prejuízos psicomotores e na atenção (Marcolin et al., 2004). Isto porque o diazepam é substrato da isoenzima do citocromo P450 (CYP) 2C19, e muitos antidepressivos inibem esta isoforma, como é o caso dos fármacos anteriormente citados (Sproule et al., 1997; Bachmann et al., 2006).

Deve ser avaliado o risco-benefício do uso desses medicamentos associados e é de suma importância que estas associações sempre sejam monitoradas por uma equipe multidisciplinar, através de ferramentas como programas informatizados e monitoramento farmacoterapêutico dos pacientes, visando minimizar o risco dessas interações (SANTOS et al., 2010; ALVIM et al., 2017).

6.3. TOXICIDADE

Algumas alterações fisiológicas, tais como: diminuição da água corporal e o aumento da gordura corpórea são comumente observadas nos idosos e alguns dos BZDs, como o Diazepam, Clonazepam, Alprazolam e Bromazepam são fármacos com

características lipossolúveis, no qual são difundidos em meio gorduroso, com isso a absorção nos idosos são maiores devido uma quantidade maior de tecido adiposo e consequentemente a meia vida do fármaco e de seus metabólitos ficam elevados. Entretanto, apesar de apresentar determinados efeitos adversos e interações medicamentosas evidentes, os BZDs têm o seu índice de toxicidade baixo em comparação a diversas outras classes, além do mais, são raros os casos de overdose e intoxicação, devido à dificuldade em atingir sua concentração toxica (NUNES & BASTOS, 2016).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental avaliar se o uso dos BZDs se faz realmente necessário nos idosos e sempre tentar buscar medidas não farmacológicas antes e durante o tratamento. Caso seja realmente necessária a administração dos mesmos, a prescrição, assim como o uso prolongado, deve ser avaliada com prudência, considerando as alterações fisiológicas dos idosos, os efeitos adversos e interações medicamentosas dessa classe. O idoso deve ser acompanhado por uma equipe de profissionais da saúde, a fim de receber todas as orientações e cuidados necessários. Apesar de a pesquisa ter encontrado um número reduzido de artigos, o que pode ser considerado uma limitação deste estudo, as análises dessas publicações podem levar à reflexão e ao estímulo para o desenvolvimento de novos estudos sobre a segurança no uso de benzodiazepínicos em idosos.

REFERÊNCIAS

[1] ALVIM, Mariana et al. **Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da comunidade**. Scielo. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00463.pdf>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[2] ANVISA. **Bulário**. Anvisa. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=DIAZEPAM&categoriasRegulatorias=5>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[3] BERNIK, Márcio et al. **Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência**. Scielo. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v48n1/20.pdf>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[4] CARDOSO, Andrea. **Particularidade dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento**. Revista digital – Buenos Aires. Disponível em: < https://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[5] CASSONI,Teresa et al. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE**. Scielo. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2014.v30n8/1708-1720/#>. Acesso em: 25 Março de 2021.

[6] COSTA, Renata et al. **Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações**. GGA. Disponível em: < http://www.ggaging.com/details/332/pt-BR>. Acesso em: 21 de Setembro de 2021.

[7] DAMASCENO, Benito. **Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico**. Scielo. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/59QMsczbLwm93km8qdvL3sG/?lang=pt>. Acesso em: 27 de Setembro de 2021

[8] FIRMINO, Karleyla et al. **Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil**. Scielo. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n6/1223-1232/pt/>. Acesso em: 26 de Março de 2021.

[9] GUEVARA, Guillermo. **O elevado do consumo de benzodiazepínicos**. UnaSus. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3750/1/Guillermo%20P%C3%A8rez%20Guevara.pdf>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[10] HUFFENBAECHER, Patricia et al. **Medicamentos inadequados para idosos na estratégia da saúde da família**. Revista Ciência em Extensão. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/761/743>. Acesso em: 27 de Março de 2021.

[11] JUNIOR, Gilson et al. **Alimentação e nutrição no envelhecimento e na Aposentadoria**. Scielo. Disponivel em: < http://books.scielo.org/id/n8k9y/pdf/costa-9788579837630-08.pdf>. Acesso em: 27 de Setembro de 2021.

[12] KOROLKOVAS, Andrejus et al. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. 2009/2010. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009. 686 p.v.16. ISBN 9788527700320. Acesso em: 24 de Setembro de 2021.

[13] LINDNER, Pâmela. **Benzodiazepínicos: uma revisão quanto aos aspectos farmacológicos, ao risco, dependência e abuso**. Repositório Faema. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/1243/1/LINDNER%20-%20P.%20M.%20%20BENZODIAZEP%C3%8DNICOS%20UMA%20REVIS%C3%83O%20QUANTO%20AOS%20ASPECTOS%20FARMACOL%C3%93GICOS%20%5B...%5D.pdf>. Acesso em: 22 de Abril de 2021.

[14] LOPES, Lázara et al. **Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio**. Scielo. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3429.pdf>. Acesso em: 27 de Março de 2021.

[15] MACHADO, Katia. **Quem é a pessoa idosa?**. EPSJV/Fiocruz. Disponível em: < https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/quem-e-a-pessoa-idosa>. Acesso em: 13 de Dezembro de 2021.

[16] MOREIRA**,** Francisca et al. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados**. Scielo. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n6/2073-2082/>. Acesso em: 20 de Abril de 2021.

[17] NALOTO, Daniele et al. **Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental**. Scielo. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1267.pdf>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[18] NASCIMENTO, Mariana. **Estudo Epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos**. Arca Fiocruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16266/2/Tese_SC_MarianaMartinsGonzagadoNascimento.pdf>. Acesso em: 26 de Março de 2021.

[19] NUNES, Bianca et al. **Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos.** Instituto Ciência da saúde. Disponível em: < https://pt.scribd.com/document/380060001/234-699-1-PB>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[20] OLIVEIRA, Joana et al. **Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente**. Revista Transformar. Disponível em: < http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/41>. Acesso em: 22 de Abril de 2021.

[21] ROCHA, Ed. **O uso crônico de benzodiazepínicos na saúde do idoso**. Nescon Medicina. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Uso_cronico_Benzodiazepinicos_saude_idoso.pdf> Acesso em: 27 de Março de 2021.

[22] SANTOS, Flávia et al. **Envelhecimento: um processo multifatorial**. Scielo. Disponivel em:< https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/?lang=pt>. Acesso em: 27 de Setembro de 2021.

[23] SANTOS, H.C et al. **Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo**. Saúde direta. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1284732379546-4748-1-PB[1].pdf>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[24] SILVA, Jorge. **Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência – História dos benzodiazepínicos**. 1ª edição, São Paulo – EDUSP, 1999.

[25] SILVA, Patrícia et al. **Aspectos relevantes da farmacoterapia do idoso e os fármacos inadequados**. InterScientia. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/download/95/91/>. Acesso em 20 de Abril

de 2021.

[26] SILVEIRA, Michele et al. **Envelhecimento Humano e as Alterações na Postura Corporal do Idoso.** Revista de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1081/876>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

[27] SOARES, Danielly et al. **Medicamentos potencialmente inadequados para idosos**. Cofen. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Medicamentos-potencialmente-inadequados-para-idosos.pdf>. Acesso em: 27 de Março de 2021.

[28] TOMAZ, Sheila et al. **Prevalência de quedas em idosos devido ao uso de benzodiazepínicos e diuréticos**. Uninga. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1386/1002>. Acesso em: 21 de Abril de 2021.

Capítulo 3

Relação entre o uso seguro de medicamentos opioides em pacientes oncológicos

Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Alan Lima Lopes
Ana Clara Araújo Duarte
Edimara Rodrigues da Silva
Fabrício Alves Ramos
Luiz Henrique Ferreira Martins
Vinícius Stefano dos Santos Morais
Diego Pinto de Oliveira

Resumo: O presente trabalho visa discorrer sobre o uso seguro e adequado de fármacos opioides na terapêutica oncológica. Foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa utilizando a plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a coleta de artigos. Os artigos selecionados possibilitaram a criação de duas categorias temáticas, que embasam o estudo e evidenciam a importância da segurança e uso adequado no uso de fármacos opioides na terapêutica oncológica. A utilização de opioides de maneira apropriada ainda se configura como um grande desafio, uma vez que podem ser observadas diversas inadequações na prática clínica. Com isso, demonstra ser fundamental que os profissionais de saúde atuem em conjunto e inseridos em uma equipe multidisciplinar afim de garantir uma terapêutica mais eficaz e capaz de propiciar a redução dos riscos relacionados ao tratamento farmacológico em pacientes oncológicos no uso de opioides.

Palavras-chave: Dor do Câncer, Transtornos relacionados ao uso de opioides e Analgésicos Opioides.

1. INTRODUÇÃO

A doença oncológica configura-se como uma importante causa de morte em todo o mundo, demandando a utilização de tratamentos complexos e que podem acarretar impactos na vida do paciente. Com isso, na oncologia, devido as características que são próprias destes fármacos, demonstra ser fundamental a atuação de uma equipe multidisciplinar na abordagem à terapêutica oncológica, e neste processo, o farmacêutico é um elemento essencial (Brasil, 2020).

Nos casos de câncer, a dor é um sintoma que se encontra presente em 80% dos pacientes, e especialmente no último ano de vida, é considerada como intensa por 25% deles. Vale destacar que, apesar do tratamento analgésico estar disponível para 70% a 90% destes pacientes, pode ser observado que em 40% a 50% dos casos ele é utilizado de maneira inadequada (Sampaio; Caldas, 2019).

Vale destacar a importância que a terapia com opioides seja instituída de forma individualizada, sendo respeitada, conforme o quadro clínico e a dose necessária para cada paciente. Na atualidade é grande o arsenal terapêutico que pode ser utilizado para o controle da dor, entre eles os opioides. (Sampaio; Motta; Caldas, 2021). No Brasil, em relação aos opioides de longa duração, atualmente estão aprovados cinco analgésicos: oxicodona, tramadol, fentanil, morfina, e buprenorfina sendo este último aprovado no tratamento de dor moderada a intensa. Também é importante destacar que, conforme quadro clínico, deve ser dada preferência ao tratamento mais simples e menos invasivo e preferência ao tratamento oral do que ao parenteral ou transdérmico (Wiermann et al., 2015).

Assim, o objetivo deste estudo visa discorrer sobre o uso seguro e adequado de opioides na terapêutica oncológica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura através do levantamento de dados nacionais e internacionais. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir da combinação dos descritores: Dor do Câncer, Transtornos relacionados ao uso de opioides e Analgésicos Opioides.

As inclusões (a) e exclusões (b) dos artigos, foram realizadas a partir dos seguintes critérios: (a) artigos revisados por pares, publicados em periódicos, disponíveis na íntegra na base de dados que foram consultados, no idioma português e inglês, com recorte temporal 2011 a 2022, que abordaram o tema proposto e (b) artigos que não abordem o tema, revisões de literatura exceto revisões sistemáticas, dissertações, teses e outros trabalhos que não identificados como artigo.

A seleção dos artigos se deu pela leitura dos títulos, resumos e artigo na íntegra, respectivamente. Inicialmente foi realizada uma leitura do tipo exploratória para verificar se o material publicado interessava à pesquisa. Na etapa seguinte, uma leitura seletiva e ainda não definitiva com o objetivo de aprofundar nos tópicos de interesse ao estudo. Em seguida uma leitura analítica para ordenar e sumarizar as informações das fontes estudadas. A última etapa foi uma leitura seletiva com a finalidade de estabelecer a relação entre o conteúdo das fontes que foram pesquisadas e outros conhecimentos (Gil, 2006).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do cruzamento das palavras-chaves dos descritores e da busca avançada na BVS foram encontrados, inicialmente, 199 artigos. Posteriormente, por meio de leitura dos títulos e dos resumos dos artigos, foram selecionados 28. Após a leitura na íntegra e o fichamento dos estudos selecionados, 22 artigos foram excluídos por não acrescentarem informações relevantes para o presente trabalho. Assim, somente 06 compuseram esta pesquisa.

Os artigos selecionados (Quadro 1) referem-se as publicações brasileiras e estrangeiras, em idioma português e inglês. Foram criadas duas categorias temáticas, que embasam o estudo e evidenciam a importância da segurança e uso adequado de fármacos opioides na terapêutica oncológica.

Essas categorias foram denominadas: "Fatores de risco para uso abusivo de opioides no tratamento da dor em pacientes oncológicos" e "Estratégias para a promoção do uso adequado de opioides no tratamento da dor oncológica".

Quadro 1 - Principais características dos estudos selecionados sobre o uso de opioides para o controle da dor em pacientes oncológicos

TÍTULO/ANO	TIPO DE ESTUDO
Risk for Opioid Misuse Among Emergency Department Cancer Patients (2016)	Estudo transversal
Predicting the Risk for Aberrant Opioid Use Behavior in Patients Receiving Outpatient Supportive Care Consultation at a Comprehensive Cancer Center (2018)	Estudo retrospectivo
Cancer Pain Management: Safe and Effective Use of Opioids (2015)	Revisão sistemática da Literatura
Safer and more appropriate opioid prescribing: a large healthcare system's comprehensive approach (2017)	Estudo retrospectivo
The influence of opioid-taking self-efficacy and social support on pain management satisfaction in outpatients with cancer pain (2021)	Estudo transversal
Risk Management for Opioid Prescribing in the Treatment of Patients With Pain From Cancer or Terminal Illness: Inadvertent Oversight or Taboo? (2017)	Revisão sistemática da Literatura

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Categoria temática 1- Fatores de risco para uso abusivo de opioides no tratamento da dor em pacientes oncológicos.

Segundo Copenhaver; Karvelas, Fishman (2017) não é incomum observar, em pacientes com câncer, a utilização abusiva de medicamentos opioides, o que ocorre na maioria das vezes de forma não prescrita. Para os autores, o uso abusivo ocorre muitas vezes devido a influência de questões culturais relacionadas ao câncer e à morte. Nesse sentido, pode ser observado o surgimento de diversas diretrizes que visam auxiliar a adoção de práticas seguras de prescrição. Na busca pela redução, os autores destacam a relevância de uma análise criteriosa da terapia com opioides, devendo ser adotadas análises sofisticadas de risco/benefício de forma a orientar de forma segura o início, a continuação e a descontinuação ao longo do tratamento.

Também é importante mencionar sobre os riscos associados ao uso abusivo de opioides. Apesar de sua eficácia, o uso de opioides quando ocorre de maneira abusiva pode acarretar uma série de consequências, como por exemplo, a dependência física, depressão respiratória, vertigens além de efeitos adversos neurológicos e cardíacos (Santos et al., 2021).

Existem diversas organizações que se dedicam à segurança do paciente no mundo, podendo-se destacar o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP), que apresenta recomendações aos profissionais de saúde, nos diferentes locais de prestação de serviços, quanto a implementação de práticas capazes de minimizar a ocorrência de erros envolvendo medicamentos de alto risco ou de alta vigilância. No Brasil o ISPM reforça a importância que cada instituição de saúde estabeleça e divulgue a própria lista de medicamentos que são potencialmente perigosos, e divulga diversos boletins com essas informações. Em outros países, como nos Estados Unidos o ISPM, avalia relatos na literatura em relação a erros de medicação que tenham causado dano ao paciente, além de estudos que identificaram os medicamentos mais frequentemente envolvidos a partir de informações que foram fornecidas por profissionais e especialistas em segurança (ISPM, 2015).

Destaca-se que pode ser observada entre os indivíduos certa variabilidade da resposta terapêutica, o que se configura como um dos pontos críticos relacionados a utilização de opioides. No caso da morfina, um opioide muito utilizado, a determinação para a dose ideal é influenciada por uma série de fatores, como por exemplo, idade, peso, questões fisiopatológicas, comorbidades renais e hepáticas, e uso prévio de outros opioides. Outros fatores que determinaram a dose ideal de opioides são a possibilidade de variação da dose efetiva durante o tratamento e a não determinação de um limite superior da dose (ISPM, 2014).

Segundo Vieira et al. (2019) no momento da prescrição de um opioide devem ser seguidas regras universais de segurança, como por exemplo, diagnóstico cuidadoso; avaliação psicológica, avaliação do impacto funcional da dor; consentimento informado; avaliação pré e pós-intervenção da intensidade; definição e titulação adequada do opioide; realização de reavaliação ao longo do tratamento adotando os 4 As (analgesia; atividades da vida diária; EA; comportamento aberrante); reavaliação periódica do diagnóstico de dor e das comorbilidades; documentação adequada e auditável no processo clínico da avaliação da dor assim como do consumo de fármacos analgésicos.

Nesse sentido, merece ser destacado um estudo publicado em 2017, que a partir da análise de sistemas de dados farmacêuticos, objetivou descrever a implementação de intervenções para avaliação assim como a implementação intervenções na prescrição de opioides, entre elas, implementação de equipes interdisciplinares de revisão de substâncias controladas, desenvolvimento de acordos de suporte especializado em opioides entre a atenção primária e os especialistas, implementação de uma política de restrição autoimposta além de fornecer educação médica continuada para o gerenciamento da dor aos prescritores. Os sistemas de saúde estão tomando medidas para enfrentar a epidemia de overdose de opioides, implementando políticas e intervenções práticas para mitigar os riscos da terapia com opioides a longo prazo (Losby et al., 2017).

Categoria temática 2- Estratégias para a promoção do uso adequado de opioides no tratamento da dor oncológica.

A analgesia opioide, pode ser considerada como um dos pilares do tratamento da dor do câncer. Muitas vezes, o transtorno abusivo destes fármacos torna esse tipo de assistência mais difícil e traz consigo desafios éticos que são frequentemente enfrentados pelos profissionais envolvidos na oferta de cuidados, muitas vezes paliativos. Observa-se o crescimento expressive da utilização abusiva de medicamentos prescritos, destacando-se os opioides, fato que pode ser associado a elevação da morbidade e mortalidade (Jakson; Iman, Braun, 2016).

É comum verificar a não adesão adequada dos pacientes aos opioides prescritos, o que demanda dos profissionais maior investimento de tempo e recursos clínicos, o que traz à tona sentimentos de angústia além de configurar-se como desafios éticos no atendimento a esses pacientes. Destaca-se que, em pacientes com câncer que não são tratados com intenção curativa, é esperado que a dor aumente com o tempo o que demanda um manejo seguro, eficaz e sustentável da dor. Entretanto, neste cenário conseguir alcançar estes objetivos torna-se complexo e desafiador, e desta forma, os transtornos decorrentes do uso abusivos de opioides são um fator de risco para maus resultados em relação a esta terapia (Jakson; Iman, Braun, 2016).

Segundo Jackson, Iman e Braun (2016) pacientes com câncer podem ser excluídos do tratamento com opioides após o esgotamento de todas as salvaguardas possíveis, caso sua saúde seja ameaçada pela prescrição desses medicamentos. A dor é uma consequência grave do câncer e pode ser prejudicial a qualidade de vida do paciente, apesar dos grandes avanços que podem ser observados.

Desta forma, demonstra ser fundamental promover a conscientização em relação a importância do controle eficaz da dor e a adoção das medidas necessárias. O controle seguro e eficaz da dor oncológica exige conhecimento profundo da farmacocinética e farmacodinâmica dos opioides que orientam a dosagem, titulação e rotação. Cabe ressaltar que as estratégias de monitoramento da adesão incluem o uso de contagem de comprimidos, programas de monitoramento de prescrição e triagem toxicológica da urina, uso regular dos registros do programa de monitoramento de prescrição. Quarenta e nove estados atualmente fornecem bancos de dados que informam os prescritores sobre a dispensação de substâncias controladas (Bruera; Paice, 2015).

Um estudo transversal e correlacional, publicado em 2021, evidenciou que o apoio social se configura como uma importante estratégia para a redução do uso opioides em pacientes com câncer e ainda o alcance de melhor satisfação para o controle da dor e destacam a relevância do desenvolvimento de intervenções que sejam capazes de possibilitar uma melhor percepção de sucesso dos pacientes ao que se refere a utilização de opioides no controle da dor (Yao Yu et. al. 2021).

A prevenção e o manejo dos efeitos adversos dos opioides requerem avaliação cuidadosa e conhecimento sobre os agentes usados para tratar essas complicações. Com isso, o conhecimento, identificação e a avaliação dos fatores de risco para a utilização indevida de opioides, apresenta grande relevância. Para fornecer cuidados de dor seguros e eficazes, os especialistas sugerem a implementação de precauções universais, entre estas pode ser citada a realização de triagem, acordos e monitoramento da adesão. Também demonstra ser necessária uma avaliação abrangente do uso atual e passado de substâncias lícitas e ilícitas, pois, o transtorno por abuso de substância pode ser observado com certa frequência no cenário oncológico (Bruera; Paice, 2015).

4. CONCLUSÃO

A utilização de opioides de maneira apropriada ainda se configura como um grande desafio, uma vez que podem ser observadas diversas inadequações na prática clínica. Com isso, demonstra ser fundamental que os profissionais de saúde voltem-se para a necessidade de uma maior integração de médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros responsáveis pelo cuidado direto dos doentes, desenvolvendo competências e aptidões para identificar necessidades de cuidados e implementar medidas adequadas que alivie a dor promovendo conforto e bem-estar, afim de garantir uma terapêutica mais eficaz e capaz de propiciar a redução dos riscos relacionados ao tratamento farmacológico em pacientes oncológicos no uso de opioides.

Mesmo diante da relevância do tema proposto neste estudo, pode ser verificado um número limitado de publicações referentes ao tema a nível nacional colocando em evidência a necessidade da realização de estudos futuros referentes ao tema.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

[2] BRUERA, E.; PAICE, J. A. Cancer pain management: safe and effective use of opioids. In: American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Meeting. p.593-599, 2015.

[3] CIELITO C. et al. Risk for opioid misuse among emergency department Cancer Patients. Academic Emergency Medicine, v.23, n.2, p.151-158, 2016.

[4] COPENHAVER, D.V.; KARVELAS, N.B.; FISHMAN, M.N. Risk Management for Opioid Prescribing in the Treatment of Patients With Pain From Cancer or Terminal Illness: Inadvertent Oversight or Taboo? Anesth Analg, v. 125, n.5, p.1610-1615, 2017.

[5] GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

[6] ISPM. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Morfina: erros de medicação, riscos e práticas seguras na utilização. Boletim ISPM, São Paulo, v.3, n.2, 2014.

[7] LOSBY, J.L. et al. Safer and more appropriate opioid prescribing: a large healthcare system's comprehensive approach. Journal of Evaluation Clinic Practice, v.23, n.6, 2017.

[8] SAMPAIO, S.G.S.M.; MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P. Rodízio de Opioides: uma Análise Descritiva. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, v.67, n.2, 2021.

[9] SANTOS, L.P. et al. Manejo seguro de opioides usados no cuidado paliativo: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, São Paulo, v.10, n.1, 2021.

[10] VIEIRA, C. et al. Opioides na dor oncológica, Acta Med Port, São Paulo, v.32, n.5, 2019.

[11] WIERMANN, E.G. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, v.10, n.38, p.132-143, 2015.

[12] YAO YU et. al. The influence of opioid-taking self-efcacy and social support on pain management satisfaction in outpatients with cancer pain. Support Care Cancer. 2022 Jan; v.30, n.1, p.805-812, 2021.

[13] YENNURAJALINGAM, S. et al. Predicting the risk for aberrant opioid use behavior in patients receiving outpatient supportive care consultation at a comprehensive cancer center. ACS Journals, v.10, n.1, 2018.

Capítulo 4

Perfil farmacoepidemiológico e nível de conhecimento da população de Belo Horizonte e região metropolitana sobre o uso de anorexígenos

Diego Pinto de Oliveira
Adriana Pereira dos Santos
Amanda Oliveira Santos
Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas
Vinícius Stefano dos Santos Morais
Luiz Henrique Ferreira Martins
Patrícia Gardênia Assis Souza
Gabriella Cristine Almeida Carneiro

Resumo: Introdução: À abordagem do uso dos anorexígenos, seu consumo indevido e os efeitos adversos no usuário acarretam problemas de saúde pública graves como doenças cardiovasculares, overdose dependência e morte. Objetivo geral: Delinear o perfil de consumo de anorexígenos pela população local. Objetivos específicos: Descrever quais são os anorexígenos mais utilizados, classificar seus efeitos adversos, especificar quem são os usuários e compreender o papel do farmacêutico na distribuição e orientação quanto ao uso. Metodologia: A presente pesquisa se classifica como qualitativa descritiva ao classificar através de questionário os efeitos dos anorexígenos e o perfil dos seus usuários, além de sua distribuição a fundamentação teórica foi desenvolvida através de livros e artigos científicos pesquisados na base Scielo e Google acadêmico. Resultados e discussão: É possível identificar que os usuários de anorexígenos em sua maioria são mulheres de idade média de 33 anos, com a média do IMC de 26,71, sabem os efeitos adversos, possuem facilidade de acesso e já apresentaram algum tipo de reação. Considerações Finais: É necessária uma reeducação de hábitos para combater a obesidade e uma prevenção continua no uso dos anorexígenos.

Palavra Chave: Obesidade. Anorexígeno. Efeitos Adversos. Consumo Inconsciente.

1. INTRODUÇÃO

A obesidade configura um problema de saúde pública. Concomitante a esse fato observa-se um comportamento gradativo da população na busca excessiva em tratamentos para o controle de peso. Neste sentido as pessoas optam pela perda de peso de forma rápida e quase "milagrosa" através de tratamentos farmacológicos para emagrecimento. Os anorexígenos (medicamentos que promovem a redução de peso por atuarem na supressão ou moderação do apetite) são utilizados de forma irracional, sem o devido acompanhamento médico (BRASIL2011).

A maioria destes medicamentos induz a dependência física e psicológica, porém o uso dos fármacos anorexígenos ainda é visto como importante alternativa de tratamento da obesidade. O consumo de medicamentos sem prescrição medica configura fator preocupante sob a perspectiva de saúde pública e uso de anorexígenos (OMS, 2008).

Há fatores determinantes dentro do que se presta como assistência médica que colaboram com a automedicação, como: Falhas na dispensação de medicamentos (distribuição, farmácia, consumidor); Má conduta médica (dispersão de receitas por médicos sem anamnese efetiva do paciente). Segundo Aquino (2008), no Brasil pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos ocorrem via automedicação (uso de medicamentos sem que exista uma contribuição médica ou de um profissional habilitado para esse ato). O uso indiscriminado de medicamentos sem orientação pode acarretar danos irreversíveis ao usuário e responsabilidades legais para quem, revende ou comunica a outrem formas inadequadas (BRASIL, 2011).

É completamente plausível e correto dizer que todo medicamento e tratamento são individuais, sendo de responsabilidade profissional e do paciente, toda e qualquer acesso de medicamentos para terceiros. É necessária uma educação em saúde visando à conscientização a respeito dos danos que a automedicação em si pode acarretar.

A automedicação é praticada por 76,4% dos brasileiros, segundo levantamento feito pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (2018), que entrevistou 1.480 pessoas de 12 capitais brasileiras Segundo os dados coletados pelo ICTQ, existe uma tendência de diminuição do consumo irregular de medicamentos controlados desde que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a exigir a retenção da prescrição dessa categoria de remédios. Este trabalho justifica-se pelo aumento da obesidade no país associado ao alto índice de doenças provocadas pelo consumo indevido dos anorexígenos e sua facilidade de distribuição.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. OS ANOREXÍGENOS E A OBESIDADE

É considerado anorexígeno todo medicamento que provoca anorexia ou redução de apetite, sendo seu objetivo maior, auxiliar no controle da obesidade crônica não sendo recomendado seu uso na obesidade primária (SHMIDT et al., 2011). A obesidade é definida como o grau de armazenamento de gordura no organismo o que ocasiona riscos á saúde devido a suas complicações metabólicas (WORLD HEART ORGANIZATION, 1995).

De acordo com a OMS podemos definir a obesidade se utilizando do índice de massa corpórea (IMC) e da medida da circunferência abdominal. O IMC é resultante da formula: peso (kg) / altura^2 e é classificada conforme descrito na Tabela I.

Tabela I: Classificação do grau de obesidade

IMC	RESULTADO
Menos que 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25e 29,9	Sobrepeso
Entre 30 e 34,9	Obesidade Grau I
Entre 35 e 39,9	Obesidade Grau II
Mais do que 40	Obesidade Grau III

Fonte: Duncan 2014

Abaixo do peso é uma condição em que a pessoa pesa menos do que é considerado para sua altura, idade ou sexo, a pessoa de peso normal tem um peso adequado a sua altura e idade e sexo já o sobrepeso consiste na pessoa que pesa mais do que o seu IMC de acordo com idade, sexo e altura.

Segundo a ANVISA o consumo de anorexígenos apresentou proporções alarmantes no Brasil desde 1998. Neste sentido, a farmacovigilância se faz necessária para regulamentar a produção e o consumo de medicamentos. De acordo com Coelho (1998) "a farmacovigilância pode ser um importante instrumento para a promoção de uma mudança cultural que fomente uma percepção mais cuidadosa dos profissionais de saúde e da população em geral, com relação ao uso de medicamentos".

É considerada automedicação todo uso indiscriminado de medicamentos sem prescrição ou alguma intervenção. A automedicação pode ser considerada como prática na qual o indivíduo, por iniciativa própria ou por aconselhamento de parentes, amigos, entre outros, faz uso de determinado medicamento para o tratamento ou alivio de sintomas. A automedicação envolve todos os tipos de medicamentos, desde aqueles de venda livre como também aqueles sujeitos à prescrição médica (Cruz; Caramona; Guerreiro, 2015).

Segundo (Souza, Silva e Neto 2008) não apenas se automedicar pode trazer complicações, o uso errôneo das medicações também podem gerar dependência, overdose, sangramento digestivo, reações de hipersensibilidade e elevar os riscos de neoplasias.

2.2. ANOREXÍGENOS MAIS UTILIZADOS

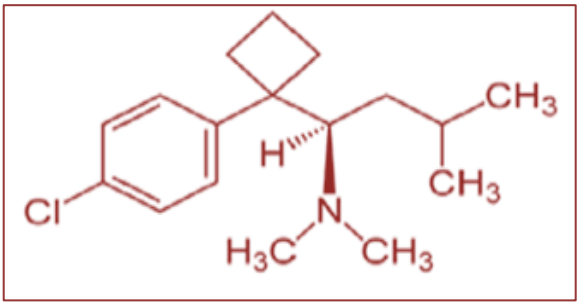
Dentro da classe dos anorexígenos os mais consumidos são as anfetaminas. As anfetaminas apresentam estrutura básica de uma amina simpatomimética, sendo uma β-fenilisopropilamina. Inúmeras modificações na molécula foram realizadas devidas sua diversidade de estruturas e multiplicidade de efeitos biológicos, visando acentuar alguns efeitos e abolir outros. (GONÇALVES, 2013).

É um composto quiral vendido como mistura racêmica, dividido em dois isômeros ópticos, o levogiro e dextrogiro anfetamina. A dose usual é de 10 a 15 mg, seu efeito ocorre em aproximadamente 1 a 2 horas após sua administração e sua absorção se completa em 4 a 6 horas. A anfetamina é uma amina simpatomimética que produz efeitos estimulantes poderosos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando também ação adrenérgica tanto periférica quanto central sobre o Sistema Nervoso (SN). As anfetaminas interferem na ação de neurotransmissores como dopamina e noradrenalina. Essas drogas agem

aumentando a liberação e/ou diminuindo a receptação desses neurotransmissores. Com isso, aumenta-se a quantidade dessas substâncias e suas funções ficam exacerbadas no organismo. Dessa forma, os anorexígenos são considerados, psicoestimulantes, ou seja, aumentam a atividade cerebral. Os anorexígenos catecolaminérgicos, como o femproporex, anfepramona e mazindol, são substâncias que promovem a liberação de neurotransmissores como a noradrenalina e a dopamina e inibem sua recaptação e degradação enzimática, consequentemente aumentam a neurotransmissão catecolinérgica no SNC. Já para o grupo de fármacos catecolaminérgicos e serotoninérgicos, no qual se encontra a sibutramina, observa-se o bloqueio do receptor pré-sináptico tanto para norepinefrina, como da serotonina, potencializando o efeito anorexígeno desses neurotransmissores no SNC, aumentando a sensação de saciedade e diminuindo a ingestão alimentar. Assim, devido a esses efeitos o uso destas substâncias cresceu drasticamente com o intuito de controlar o peso via controle de apetite. (Gonçalves, 2013). As anfetaminas são caracterizadas por seus efeitos estimulantes, no qual deixa o seu usuário em estado de alerta constante, devido ao aumento da capacidade física no qual resulta na elevação da respiração e pressão arterial (MURER, 2010).

ANFEPRAMONA

Figura I: Estrutura Química da Anfepramona**.**



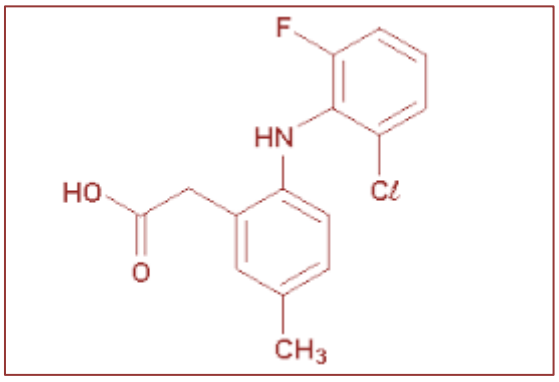
Fonte: repositório. faema.edu.br:8000

A Anfepramona foi introduzida no mercado mundial em 1958, a estrutura química da anfepramona é similar a da anfetamina atuando no sistema nervoso central. A anfepramona atua no tratamento da narcolepsia e no controle de crianças hiperativas, porém seu efeito colateral de inibir a fome ou reduzir levou sua função a atuar como anorexígeno. Atuando na fenda sináptica inibindo a receptação de noradrenalina e aumentando a interação desse neurotransmissor com receptores pós-sinápticos, nos centros da alimentação e saciedade do hipotálamo, diminuindo a fome.

Seus efeitos adversos de acordo com o Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (2011) são boca seca, vomito náuseas, diminuição da libido e potencia sexual, efeitos centrais como nervosismo, inquietação, insônia, cefaleia, depressão, insônia e alucinação em casos de intoxicação aguda.

FEMPROPOREX

Figura II: Estrutura Química do Femproporex**.**



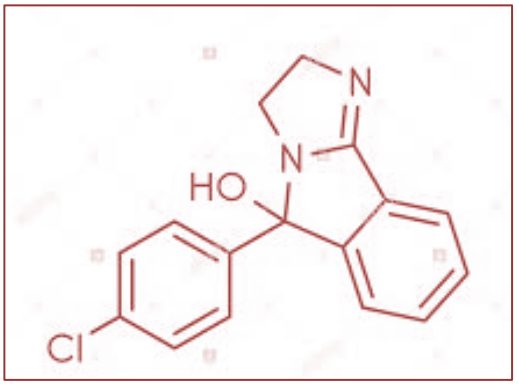
Fonte: diaadia educação. pr.gov.br

O Femproporex atua como uma estimulante central, sendo um simpatomimético indireto com efeitos muito parecidos com a dextroanfetamina. É utilizado desde a década de 70 no controle da saciedade e da obesidade o femproporex tem como efeitos adversos: inquietude, irritabilidade, insônia, agressividade, psicose, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada e pânico segundo ANVISA (2011).

É indicado em adultos sem doenças cardiovasculares ou históricas de doenças psiquiátricas associadas. À ANVISA (2011) notificou no Brasil 662 reações adversas ao uso do femproporex, assim como 38% graves e um óbito.

MAZINDOL

Figura III: Estrutura Química do Mazindol



Fonte: alamys.es

O Mazindol apresenta características moleculares diferentes dentro do padrão das anfetaminas tendo em sua composição imidazoisoindol. Apresenta ação inibitória na receptação da serotonina e norepinefrina e inibe a dopamina Entre as ações da serotonina podemos citar o controle da liberação de alguns hormônios e a regulação do ritmo cardíaco, de acordo com a ANVISA (2011).

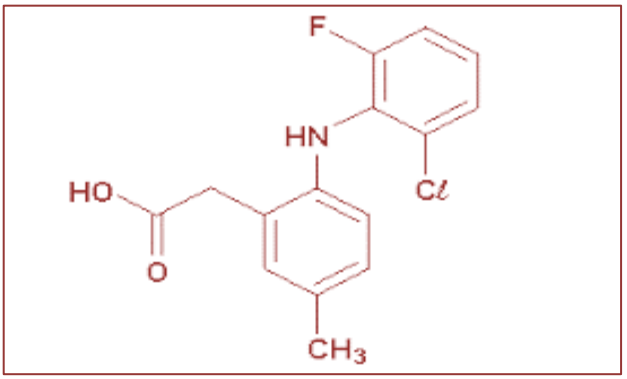
As principais ações da norepinefrina estão relacionadas ao aumento do influxo celular de cálcio e a manter a pressão sanguínea em níveis normais, além de ser um importante hipertensor.

Suas reações adversas segundo o Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (2011) incluem constipação, secura na boca, aumento dos batimentos cardíacos, nervosismo, insônia, diarreia, enjoos, sonolência, dor de cabeça, câimbras, sudorese intensa.

De acordo com a ANVISA (2011) não há estudos comprovados com relação à eficácia do mazindol no trato da obesidade.

SIBUTRAMINA

Figura IV: Estrutura química da Sibutramina



Fonte: diaadiaeducaçao.pr.gov.br

A sibutramina é uma droga sintética utilizada como antidepressivo porem dentro de seus efeitos atua no tratamento da obesidade inibindo a captação de serotonina e noradrenalina. Como efeitos colaterais segundo a ANVISA (2011) a sibutramina apresenta o aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, além de distúrbios cardíacos do ritmo cardíaco, está associada à ocorrência de fibrilação ventricular com parada cardíaca, ao infarto miocárdio e ao acidente vascular encefálico.

2.3. REGULAMENTAÇÃO

Na portaria n° 344 de 12 de maio de 1998 é aprovado à regulamentação do uso de substancias e medicamentos sujeitos a controle especial, porém na questão dos anorexígenos são empregados artigos e anexos específicos. O ministério da saúde (1998) classifica os anorexígenos dentro da portaria 344/98 como substancias psicotrópicas B2 são elas: aminorex, anfepramona (dietilpropiona), femproporex, fendimetrazina, fentermina, mazindol,e menoferex. Essas substâncias são consideradas psicotrópicas.

Ressalva-se á sibutramina, considerada como o medicamento mais usado e sendo parte de um estudo de longa duração denominado SCOUT (*sibutramine cardiovascular out come trial*) que da regulamentação especial na qual se inseria transferiu-se á partir de 2010 segundo nova classificação da Anvisa para a lista B2 do anexo I da qual não era inclusa.

De acordo com o artigo 35° da portaria 344:

> § 4º A farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos
>
> § 5º A Notificação de Receita será retida pela farmácia ou drogaria e a receita devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.
>
> § 7º A Notificação de Receita é personalizada e intransferível, devendo conter somente uma substância das listas "A1" e "A2" (entorpecentes) e "A3", "B1" e "B2" (psicotrópicas), "C2" (retinóides de uso sistêmico) e "C3" (imunossupressoras) deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, ou um medicamento que as contenham. (BRASIL, 1998{s.p}).

A ANVISA em setembro de 1997 orientava a médicos e farmacêuticos sobre as receitas, dosagens e observações sobre doses diárias a cada paciente que utilizavam anorexígenos no tratamento da obesidade. O conselho federal de medicina em 1997 criou a resolução n° 1477 na qual determinam que não possam mais ser prescritas simultaneamente drogas tipo anfetaminas com benzodiazepínicos, laxantes, diuréticos, hormônios ou extratos hormônios com a finalidade de controlar a obesidade (CMF, 1997).

2.4. EFEITOS ADVERSOS DOS ANOREXÍGENOS

De acordo com a Associação Farmacêutica Brasileira (2011), o Brasil se caracteriza hoje como o mercado de maior potencial de medicamentos legais e ilegais, e o segmento onde há maior disputa, e é justamente o dos que auxiliam no tratamento da obesidade. Os dados podem ser vistos na Tabela II, no qual foi realizada uma pesquisa pela SNGPC (2019) para avaliação do consumo anual em kg do insumo ativo.

Tabela II: Consumo de anorexígenos e outros medicamentos

Substância	Dose diária definida (Mg,1000 hab /dia)	Consumo (em kg)
Sibutramina	2,780	1,864,880
Fluoxetina	2,620	3, 5171,919
Fempromporex	0,620	1, 046,920
Amfepramona	0,610	3, 057,840
Metilfenidato	0,090	174,897
Manzidol	0,035	2,329

Fonte:SNGPC/ANVISA(2010)

Segundo a nota técnica da área de farmacovigilância, a sibutramina não apresenta resultados eficientes no tratamento da obesidade, além disso, estudos indicam que este

medicamento pode contribuir com o risco de doenças cardiovasculares entre seus usuários. À anfepramona o femproporex e o mazindol têm sido utilizados erroneamente para o aumento do desempenho de atletas esportes e de forma recreacional. ANVISA (2011)

A sibutramina deu entrada no Brasil a partir de março de 2008 segundo registros da ANVISA (2011) sendo atuante na inibição de serotonina promove entre outros efeitos a saciedade no paciente. Em geral os anorexígenos apresentam eficácia contestável bem como os seguintes efeitos adversos: insônia, ansiedade, euforia, depressão, tremor, dor de cabeça, episódios psicóticos, convulsões, palpitações, taquicardia, hipertensão, dor torácica, arritmia e reações menos intensas como boca seca, náusea, vomito, dor abdominal, diarreia e constipação segundo a ANVISA (2016).

Além de afetar a coordenação motora o uso excessivo dos anorexígenos pode levar o individuo a morte, por complicações relacionadas a seus efeitos adversos de acordo com a Associação Médica Brasileira (2012) houve um aumento gradativo nas emergências por intoxicação, incluindo complicações clínicas e psiquiátricas; as complicações são divididas em leves e moderadas, os leves geralmente caracterizados pela abstinência da droga ou pela exacerbação dos efeitos esperados e as graves incluem a overdose e a morte.

O quadro de intoxicação segundo a Associação medica brasileiro (2012) são os mesmos para todas as substâncias que apresentam relação com o sistema catecolaminérgico, dopaminérgico e serotoninérgico, a única exceção e o MDMA (excstasy).

Os sintomas emergenciais descritos dentro deste padrão são taquipneia, dor torácica, rabdomiolise, insuficiência renal e hepática. As complicações psiquiátricas agudas variam de ansiedade moderada e agitação motora, alucinações auditivas ou visuais, táteis, além de delírios de acordo com ANVISA (2008).

Nas complicações psiquiátricas ,segundo á Associação Médica Brasileira de Psiquiatria (2012),os estudos comprovam que os transtornos de humor, ansiedade e psicose configuram como os mais comuns dentro destes os transtornos alimentares e tentativas de suicídio por pelo menos duas vezes. As psicoses ocorrem nos pacientes que apresentam uso crônico os sintomas correlacionados são delírios persecutórios e alucinações auditivas, táteis ou visuais além de fatores históricos familiares o uso dos anorexígenos de forma desordenada contribui para uma hipersensibilidade maior ao consumo do álcool e dependência de outras drogas e depressão principalmente nas mulheres.

O déficit cognitivo também pode ocorrer, dificuldade na fala, fala desordenada, memoria de curta duração, memoria verbal, atenção e função executiva sendo mais comuns tais sintomas nos indivíduos do sexo feminino. Alterações cardiovasculares crônicas como hipertensão, miocardiopatias e ainda complicações odontológicas como bruxismo, dor mandibular e perda dentarias ANVISA (2008).

Enfim as complicações mais graves detectadas são as cardiovasculares começando de arritmias até a síndrome coronariana aguda e dissecção aguda da aorta até morte súbita.

2.5. O PAPEL DO FARMACÊUTICO

Na atualidade o farmacêutico apresenta um papel de relevância em relação ao uso correto dos anorexígenos e na sua adesão. E de responsabilidade do farmacêutico a dispensação de medicamentos e orientação do usuário quanto a possíveis riscos e forma correta de utilização para que o medicamento seja eficaz e possa contribuir com um tratamento seguro.

De acordo com o conselho regional de farmácia o farmacêutico pode atuar em relação à assistência em duas áreas: gestão e logística farmacêutica e cuidados farmacêuticos ao paciente, sendo que os cuidados farmacêuticos ao paciente são: hospitais, urgência e emergência, ambulatórios, unidades de saúde, instituições geriátricas, atendimento domiciliar, farmácias e drogarias.

Segundo a resolução n°586, de 29 de agosto de 2013:

> A ideia de expandir para outros profissionais entre eles o farmacêutico maior responsabilidade no manejo clínico dos pacientes, intensificando o processo de cuidado, tem propiciado alterações nos marcos da regulação em vários países, com bases nessas mudanças, foi estabelecida entre outras a autorização para que distintos profissionais possam selecionar iniciar, adicionar, substituir, ajustar, repetir ou interromper a terapia farmacológica. (Resolução CFF n°586/2013)

Sendo assim o controle e a distribuição dos anorexígenos quando feita pelo farmacêutico requerem um diagnostico prévio do médico em questão, foco no manejo e ajuste nas medicações, situações especificas com protocolo institucional e acordo profissional com titulo de especialista de acordo com o Conselho regional de Farmácia (2010).

De acordo com tais evidencias é possível salientar que o farmacêutico pode em suma prevenir a superdosagem dos anorexígenos assim com o consumo desenfreado através das informações que o mesmo promova ao paciente através de incentivo a hábitos saudáveis e novas formas de interações que promovam a qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa se classifica como qualitativa e quantitativa além de descritiva, pois pretende discriminar o perfil dos usuários de anorexígenos de diferentes gêneros e idades mesmo cientes sobre as reações adversas dos mesmos e identificar a facilidade do consumo. A entrevista aconteceu apenas de forma online.

Este trabalho é do tipo de Revisão Bibliográfica, realizada por meio de pesquisa de material previamente elaborado por outros autores e artigos científicos indexados em

plataformas online como Scielo, Periódicos Capes, Web Science e Pubmes. Será feito um estudo transversal, caracterizando o perfil dos usuários de anorexígenos sem acompanhamento médico, utilizando um questionário fechado para coleta de dados, constando o perfil da amostra, sexo, idade, peso, perguntas sobre automedicação e

possíveis sintomas dos efeitos colaterais, direcionados para atender os objetivos desta pesquisa. Total de 52 participantes ambos os sexos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário em questão apresentou 14 perguntas, sendo aplicado a 52 pessoas de ambos os sexos, raça e idade, dentro do qual é possível salientar que 30% dos entrevistados já fizeram uso de algum anorexígeno sem acompanhamento médico, apresentando reações assim como facilidade em adquirir o anorexígeno e ciência dos riscos dos quais correm ao fazer seu uso. Percebe-se na Tabela III, que mais de 80% dos entrevistados são mulheres, com idade média de 33 anos. De acordo com os resultados obtidos de peso e altura, calculamos a média do IMC que é igual a 26,71, considerado "sobrepeso" e para tal, são indicadas terapias não farmacológicas, como atividade física e reeducação alimentar.

Tabela III: Perfil do usuário entrevistado

Questionário		Anorexígenos	
Sexo	**Idade**	**Altura**	**Peso**
Feminino 82,9%	De 30 á 36 anos	De 1,60 á 1,70 cm	Entre 61 á 75 kg
Masculino 17,1%	De 23 á 26 anos	De 1,75 á 1,80 cm	Entre 65 á 85 kg

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

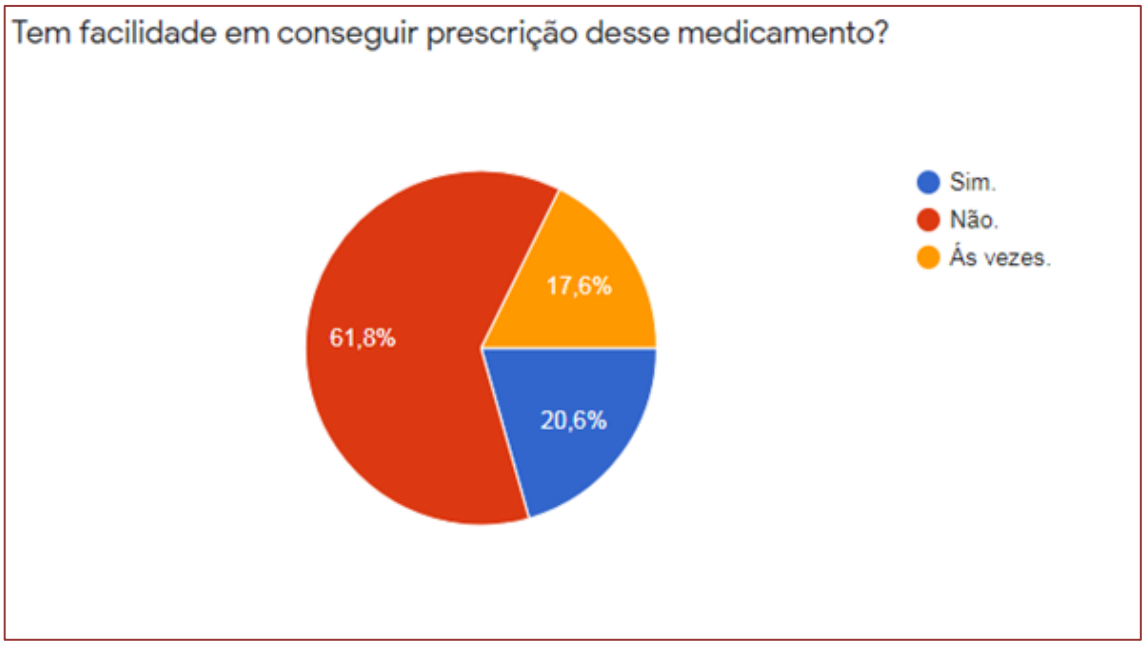
Na Tabela IV, nota-se o quanto é grande a utilização de tais medicamentos e mesmo ciente dos riscos e alguns vivenciados os mesmos , não procuram por orientação profissional.

Tabela IV: Questionário sobre o uso de anorexígenos

Questionário		Anorexígenos	
Já fez uso de algum inibidor de apetite?	**Já apresentou alguma reação após o uso?**	**Tinha conhecimento dos efeitos adversos?**	**Foi orientado por algum profissional?**
Sim 85,7%	Sim 14,3%	Sim 57,1%	Sim 32%
Não 14,3%	Não 68,6%	Não 42,9%	Não 67,6%
	Ás vezes 17,1%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico I



Fonte: Dados da pesquisa

É possível verificar no gráfico I que mais de 30% dos participantes tem facilidade em conseguir a prescrição o que facilita a automedicação.

Gráfico II

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme o gráfico II, 74,3%,não realiza nenhum tipo de atividade física, o qual fortalece o uso indiscriminado de inibidores de apetite, na busca de um emagrecimento rápido e" milagroso".

4. CONSIDERAÇÔES FINAIS

É possível salientar que os riscos de morte, dependência e doenças correlacionadas ao uso dos anorexígenos no Brasil configuram em um problema de saúde publica, por torna o tratamento dos efeitos adversos um gasto que poderia ser inexistente se existisse prevenção.

A maioria das pessoas utilizam os anorexígenos para outros fins, sendo relevante afirmar que na maioria dos casos ás receitas não são prescritas pelo endocrinologista que seria o médico estipulado pela ANVISA, o problema central do uso do anorexígeno e que norteou a pesquisa é como essa medicação se tornou tão presente para a população e com tanta facilidade de acesso? O que denota certa facilidade em obter de prescrições e acessibilidade a medicação.

Falta controle das prescrições, orientação do profissional de saúde e da população como prevenção a todos os efeitos possíveis de uma superdosagem de uma medicação controlada.

É preciso prevenção à automedicação, orientação farmacêutica, controle de receitas e mudança de hábitos da população em geral.

REFERÊNCIAS

[1] ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº. 58. Dispõe sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União, 6 de set., 2007.

[2] ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº. 13. Dispõe sobre a atualização do anexo I, listas de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de março, 2010.

[3] ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA analisa riscos e benefícios dos inibidores seletivos de COX-2. 2005. Disponível em:http://www.anvisa.gov.br/divulga/notícias/2005/030305_release.htm. Acesso em: 20/11/2019.

[4] ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Avaliação de Eficácia e Segurança dos medicamentos Inibidores do Apetite. Brasília – DF, 2011.

[5] AQUINO, D. S. (2008) Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciência &. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 13, 733-736. CADEI, M. S.;

[6] ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. Abuso e dependência de anfetamínicos. 30 de dezembro de 2012.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária SVS/M- Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, 01 fev. de 1998.

[8] CAMPOS, LARISSA SOARES, et al. Estudo dos efeitos da sibutramina. REVISTA UNINGÁ REVIEW, 2014, 20.3.

[9] CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF de N° 273 de 30 de agosto de 1995. Dispõe sobre Manipulação Medicamentosa. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/273_95cff.htm. Acesso20/11/2019

[10] COÊLHO, H. L. Farmacovigilância: um instrumento necessário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 871-875, out-dez, 1998.

[11] CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº. 273 de 30 de agosto de 1995. Dispõe sobre manipulação medicamentosa. Diário Oficial da União, 5 setembro, 1995.

[12] CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1.477, de 11 de julho de 1997. Veda aos médicos a prescrição simultânea com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais, laxantes com finalidade de tratamento da obesidade ou emagrecimento. Diário Oficial da União, 16 julho, 1997.

[13] COSTA, T. (2006) Educação em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ 7-29.

[14] CRUZ, Pedro Soares; CARAMONA, Margarida; GUERREIRO, Mara Pereira. Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. Revista Portuguesa de Farmacoterapia, 2015, 7: 83-90.

[15] GONÇALVES, DOMINIQUE RODRIGUES. Legislação Brasileira Sobre O Uso De Anorexígenos: Aspectos Gerais. 2013.

[16] MURER, EVANDRO. Drogas, Anfetaminas e remédios Para emagrecer. Alimentação Saudável, Atividade Física e Qualidade de Vida, 2010, 111.

[17] NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Revisão: Medicamentos anorexígenos. Infarma, Brasília, v.2, Setembro/Outubro, p. 221, 1993.

[18] SALINAS, Natasha Schmitt Caccia. A INTERVENÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL NA AUTONOMIA DAS AGÊNCIAS REGULADORAS. REI-REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS, 2019, 5.2: 586-614.

[19] SOUSA, Hudson WO; SILVA, Jennyff L.; NETO, Marcelino S. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. Revista eletrônica de farmácia, 2008, 5.1.

[20] WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION.obesityand overweight2011.disponível em<http://www.who.int/mediacentre/factsheetsfs311/en/print.html>. Acesso em: 10/11/2019.

APÊNDICE I

TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "EFEITOS ADVERSOS DOS ANOREXÍGENOS: OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO". Nesta pesquisa pretendemos "ANALISAR O PERFIL DE USUÁRIOS DE ANOREXÍGENOS". Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: "REVISÃO BIBLIOGRÁFICA COM ESTUDO TRANSVERSAL". A pesquisa contribuirá para "ESTUDO E ANÁLISE DOS USUÁRIOS DE ANOREXÍGENOS, E NOS AJUDARÁ A ENTENDER CADA UM DOS EFEITOS ADVERSOS DESTES MEDICAMENTOS".

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome, que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na Faculdade Facemg unidade três e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores trataram a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Nome completo do Pesquisador Responsável:

Endereço: Adriana Pereira Dos Santos

CEP: .31655670 / Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 99685-9138

E-mail: adrianapsantos01@hotmail.com

Nome completo do Pesquisador:

Endereço: Amanda Oliveira Santos

CEP: 33841277 / Ribeirão das Neves – MG

Telefones: (31) 97542-1495

E-mail: amanda.far@outlook.com

( ) Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Li o termo de consentimento livre e esclarecido, que me deu a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Questionário disponível em:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrebhiyLLNshJqMgEUbFHeN9TcDEuXHbt0ncFCFKe4KNd0ZA/viewform?fbclid=IwAR1D5l-wG2TdACXuQja9Frd7KnKhIG3-DsfVbrAgyaw0QVQ6OxSapUjbwd0

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO:

1. Qual sua idade?

   R:_____

2. Qual sua altura?

   R:_____

3. Qual seu peso?

   R:_____

4. Qual seu sexo?

   ( ) Feminino

   ( ) Masculino

5. Qual seu estado civil?

   ( ) Casado

   ( ) Solteiro

   ( ) Divorciado

   ( ) Viúvo

6. Tem filhos?

   R:_____

7. Qual seu grau de escolaridade?

   ( ) Sem Escolaridade

   ( ) Ensino Fundamental Incompleto

   ( ) Ensino Fundamental Completo

   ( ) Ensino Médio Incompleto

   ( ) Ensino Médio Completo

   ( ) Ensino Superior Incompleto

   ( ) Ensino Superior Completo

8. Realiza algum tipo de atividade física?

   R:_____

9. Já fez ou faz uso de algum medicamento natural ou sintético para emagrecer?

   Citar exemplos.

   R:_____

10. Já usou algum medicamento para emagrecer que apresentasse ação inibidora de apetite? Foram prescritos pelo médico?

    R:_____

11. Já apresentou alguma reação após o uso deste medicamento?

    ( ) Sim

    ( ) Não ( ) Ás Vezes

12. Tem conhecimento dos efeitos indesejáveis desse medicamento?

    R:_____

13. Tem facilidade em conseguir prescrição desse medicamento?

    ( ) Sim

    ( ) Não

    ( ) Ás Vezes

14. Teve orientações de um profissional de saúde para uso deste medicamento?

Se sim, de qual profissional?

Capítulo 5

O papel do Farmacêutico no contexto global da homeopatia

Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Ana Paula Valadão Matias
Franciele Cássia dos Santos
Paloma Alves Batista
Marina Morgado Garcia
Diego Pinto de Oliveira

Resumo: O papel do farmacêutico na homeopatia é fundamental para a saúde de milhares de pessoas. Eles são responsáveis pela produção de medicamentos homeopáticos, utilizando técnicas naturais e sempre buscando qualidade. Como os produtos são revisados pela ANVISA, estes medicamentos homeopáticos precisam ser estudados e testados para que possam ser fabricados em laboratórios e comercializados por meio de prescrições. No Brasil, é o Sistema Único de Saúde que supervisiona e libera a implantação desses fármacos, o que representa uma importante estratégia centrada no cuidado da saúde. A saúde geral de cada cidadão brasileiro é o foco dessa ação, portanto compreender as dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais é fundamental. Por meio da revisão da literatura, este trabalho pretende identificar e discutir o papel do farmacêutico na homeopatia. O que se nota é a importância desse profissional, que precisa sempre estar preparado para promover a saúde, detectar e resolver problemas relacionados à profissão, dando ênfase à homeopatia. Além disso, mostra-se essencial o fato de que os farmacêuticos precisam divulgar, de modo adequado, todas as informações relevantes acerca das peculiaridades das substâncias, para que haja sucesso no tratamento terapêutico estabelecido.

Palavras-Chave: Homeopatia; Práticas integrativas e complementares; Cuidado farmacêutico.

1. INTRODUÇÃO

Considerada uma das Práticas Integrativas Complementares, a homeopatia se alicerça no seguinte aforismo enunciado por Hipócrates: “A doença é produzida pelos semelhantes e pelos semelhantes, o paciente retorna a saúde” (FONTES, 2018). A homeopatia é definida como uma ciência de caráter holístico e vitalista, que vê a pessoa como um todo, não em partes. Desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, o método terapêutico possui quatro princípios fundamentais: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio, doses mínimas e medicamento único. Assim, torna-se relevante destacar que as substâncias na natureza possuem potencial em curar os mesmos sintomas que produzem. Isto é explicado pela patogenesia, o conjunto de sinais e sintomas que um organismo sadio apresenta ao experimentar determinada substância medicinal (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (MACHADO, 2014). Nesse contexto, a medicina homeopática tem papel importante, uma vez que tem como objetivo restabelecer o equilíbrio da saúde do paciente em sua totalidade, considerando-o em suas dimensões biológica (corpo físico), psicológica (incluindo a mente, as emoções, a capacidade intelectual) e social (influência do meio) (CRF-SP, 2015). No Brasil, a homeopatia ocupa hoje um lugar de destaque no cenário mundial, devido ao alto grau de desenvolvimento da sua prática e por já estar inserida nos órgãos oficiais e acadêmicos nacionais. Com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria n° 971/2006 – MS), a homeopatia passou a integrar o rol de terapias a serem oferecidas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (CRF-SP, 2019).

Nesse contexto, diversos profissionais de saúde podem atuar no tratamento terapêutico por meio da homeopatia, incluindo o farmacêutico (BRASIL, 2013), que pode trabalhar com o cuidado ao paciente, à família e à comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente (CRF-SP, 2019). O farmacêutico homeopata é capaz ainda de orientar o usuário a utilizar corretamente os medicamentos homeopáticos, auxiliando na cura de enfermidades leves e prevenindo e evitando o desenvolvimento de enfermidades graves. No entanto, a opção e o tratamento por meio da homeopatia exigem, por parte do paciente, uma compreensão do que é o tratamento e uma observação atenta da ação do medicamento prescrito, ou seja, uma observação atenta e crítica de si mesmo e que ele exercite o empoderamento de sua própria saúde, o que torna a homeopatia atual e interativa (CRF-SP, 2019). Somando-se a isso, profissionais de saúde e pacientes ainda desconhecem as terapias disponíveis relacionadas à homeopatia, além do papel do farmacêutico. Assim, o objetivo desse trabalho é identificar e discutir o papel do farmacêutico especialista na homeopatia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO E A HOMEOPATIA

O farmacêutico homeopata é um profissional muito importante, sendo ele capaz de produzir medicamentos medicinais, os quais podem ser receitados por médicos. O medicamento é uma substância relevante devido à necessidade de tratamento para cada paciente. Desse modo, o profissional farmacêutico homeopata deve buscar se atualizar

quanto aos novos medicamentos, para proporcionar modalidades e recursos que objetivem a melhoria dos tratamentos para com seus pacientes (PUSTIGLIONE; GOLDENSTEIN; CHENCINSKI, 2017).

Vale ressaltar que a homeopatia está presente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a qual foi criada em 2006. Trata-se de uma política que garante acesso gratuito a práticas alternativas de medicina no país (BRASIL, 2006). O Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande responsável por atendimentos, muitas pessoas dependem do atendimento para que possam fazer consultas para analisar estado de saúde (PAIM, 2018). No ano de 2000, realizaram-se cerca de 257.508 atendimentos relacionados à homeopatia. Depois que foi feita a implementação da PNPIC, aumentaram ainda mais, com cerca de 327.744 consultas; um aumento de 27% (MORAIS, 2012).

A realidade, porém, não é algo muito avantajado. A saúde é algo que infelizmente ainda é insuficiente em diversos requisitos e cada vez mais longe de serem satisfatórios. Em concordância com um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2010, de 5.565 municípios do país, apenas cerca de 285 realizaram tratamento homeopático (Ministério da Saúde, 2010). Torna-se relevante destacar a necessidade de valorização do profissional farmacêutico e das pesquisas científicas na área da saúde, uma vez que, através delas, é possível obter resultados que beneficiem a comunidade (VIEBIG, 2009).

> Todos os efeitos patogenéticos de cada medicamento precisam ser conhecidos, isto é, todos os sintomas e alterações mórbidas da saúde que cada um deles é especialmente capaz de provocar no homem sadio devem ser primeiramente observados antes de se poder esperar encontrar e escolher, entre eles, o meio de cura homeopático adequado para a maioria das doenças naturais (MEDEIROS, 1998, p.17).

São diversas substâncias que são analisadas e testadas até chegar o resultado. Além disso, há um tempo considerável em que os medicamentos são submetidos a testes diversas vezes, até que realmente garantam melhores condições para serem utilizados. Pode acontecer de o medicamento não dar certo para algum paciente. Esse é um sinal de que o paciente está usando algo que não deu certo com seu Simillimum e, portanto, não irá conseguir cobrir o quadro sintomático. Nesse caso, o paciente fez o uso de medicamentos que tiveram uma potência errada e não terá resultados positivos em relação ao tratamento. Isso é algo que pode ocorrer pelo fato de o corpo reagir diferente, não é todo corpo que recebe o medicamento e consegue ter o mesmo sintoma (TEIXEIRA, 2007).

Segundo Dader e Romero (1999), para se realizar o programa de atenção farmacêutica, o profissional farmacêutico precisa estar disponível e liberado de outras funções, dividindo essas tarefas para a sua equipe. Para implantar a atenção farmacêutica, é necessário um lugar físico para o farmacêutico e ter disposto um método de arquivo dos prontuários dos pacientes. O farmacêutico também precisa ter um arquivo com fontes de informação para prestar os serviços farmacêuticos. Deve-se ter também um plano com a frequência das visitas, para fazer o acompanhamento farmacoterapêutico (RIERA et al., 1999).

O profissional deve ser preparado para enfrentar diversos desafios na profissão, não podendo apenas ter conhecimentos em medicamentos, mas precisa também ter sua

multifuncionalidade, ou seja, a capacidade para desenvolver ações de proteção, nas quais abarquem prevenção e reabilitação da saúde, podendo ser em nível coletivo ou individual, para os pacientes. A capacidade de gerenciamento deve contemplar a administração dos recursos materiais e físicos das instituições (PEREIRA, 2017).

> A prática profissional em que o farmacêutico é responsável pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos. Esta prática é realizada mediante a detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRM) para a prevenção e resolução de resultados negativos associados com a medicação (RNM). Este serviço implica em um compromisso, que deve ser ofertado de forma continuada, de uma maneira sistematizada e documentada. Tal processo deve ser realizado com a colaboração do próprio paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o objetivo de alcançar resultados específicos que melhorem a qualidade de vida do paciente (PILAU, 2007, p.12).

2.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As práticas integrativas podem ser definidas como um tratamento no qual se utilizam recursos terapêuticos baseados nos conhecimentos da medicina tradicional, podendo ser utilizados no tratamento ou na medicina preventiva de doenças (BRASIL, 2015; ANDRADE; COSTA, 2010). Essas práticas, de acordo com Andrade e Costa (2010), compõem um quadro múltiplo e sincrético, pois articulam diferentes métodos diagnósticos-terapêuticos, tecnologias, filosofias orientais, práticas religiosas e estratégias de vivência corporal e de autoconhecimento, que vão utilizar os mais variados recursos, como terapias nutricionais e disciplinas corporais. Sobre as medicinas complementares e a visão de saúde destas, Andrade (2006) sinaliza:

> Nessa perspectiva, o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico), a partir do qual distintos métodos podem atuar. Trata-se de uma visão integrativa e sistêmica a exigir uma terapia multidimensional e um esforço multidisciplinar no processo saúde/doença/cura. Esse paradigma é denominado bioenergético, privilegiando a "visão do todo", para a qual se enfatiza a integração dos cuidados (ANDRADE, 2006, apud, ANDRADE; COSTA, 2010, p. 499).

Em concordância com Andrade e Costa (2010), práticas integrativas e complementares em saúde são uma denominação recente, utilizada pelo Ministério da Saúde para denominar as práticas de Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar e Alternativa (MCA). A Medicina Tradicional (MT) engloba as práticas e crenças tradicionais de diferentes culturas. Já a Medicina Complementar e Alternativa (MCA) pode ser entendida como cuidados de saúde que não estão integrados ao sistema de atenção médica (ANDRADE; COSTA, 2010).

2.3. O SURGIMENTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO BRASIL

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2015), a legitimação e a institucionalização dessas abordagens iniciaram-se em meados da década de 1980, especialmente após a criação do Sistema Único de Saúde, por meio da Constituição Federal de 1988. Posteriormente, veio a Lei 8080 de 1990, na qual promoveram a descentralização das ações de saúde no Brasil, garantindo a participação popular e a autonomia de estados e municípios para a definição de políticas e ações de saúde. No final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, com o intuito de elaborar políticas públicas nessa área, incentivando seus estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional da MT/MCA nos sistemas de atenção de saúde, bem como a realização de pesquisas e estudos científicos para o conhecimento e comprovação de eficácia e qualidade dos tratamentos da MT/MCA (BRASIL, 2015).

Já no ano de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) foi criada através das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006 e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2015), a partir das recomendações e diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde e da OMS, por meio de estudos, diagnósticos situacionais das MC/MCA no SUS, onde as práticas integradas já eram contempladas nos serviços de saúde de estados e municípios brasileiros. São exemplos de práticas integrativas que compõem a PNPIC no Brasil: a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, o termalismo, a cromoterapia, a medicina antroposófica (BRASIL, 2015).

2.4. A HOMEOPATIA: ORIGEM E MÉTODOS DE PRESCRIÇÃO

De acordo a Farmacopeia Homeopática (2011), o medicamento homeopático é toda forma farmacêutica produzida através da dinamização, seguindo o princípio da similitude para a prevenção e cura de uma doença, e que pode ser de origem vegetal, mineral, animal e de substâncias secretadas pelo organismo. O reino vegetal constitui a maior fonte para a preparação de medicamentos homeopáticos. O vegetal pode ser usado inteiro e/ou suas partes, nas diversas fases vegetativas, tais como: parte supraterrânea, sumidade, folha, flor, pelo, casca, lenho, rizoma, fruto e semente. O reino animal também é uma fonte para a preparação de medicamentos homeopáticos, mas em menor quantidade. Os animais podem ser utilizados inteiros, vivos ou não, recentemente sacrificados ou dissecados, como também em partes ou ainda sob a forma de produtos de extração e/ou transformação. O reino mineral fornece substâncias em seu estado natural e/ou sintéticas, decorrentes de transformações químico-farmacêuticas (FHB, 2011).

A homeopatia tem escalas para a quantidade de insumo ativo e inerte, que são: decimal, centesimal e cinquenta milesimal. Na escala decimal (D, X, DH) uma parte de ativo é diluído em nove partes de inerte, completando 10 partes, enquanto, na escala Centesimal (C, CH), uma parte de ativo para 99 partes de inerte, completando cem partes. Essa escala é a mais utilizada no Brasil durante o preparo dos medicamentos homeopáticos. A outra escala é a 50 milesimal, que é uma parte de ativo para 50.000 do insumo inerte (SANTOS; SÁ, 2014).

Os métodos utilizados são divididos em Método Hahnemanniano (H), Método Korsakoviano (K) e Método do Fluxo Contínuo (FC). O método mais usado no Brasil é o Hahnemanniano, que surgiu com o fundador da homeopatia Samuel Hahnemann e se subdivide em três: o primeiro é o método clássico ou dos frascos múltiplos, usado para

fazer a preparação das formas farmacêuticas provenientes das escalas DH e CH. O segundo método é o da trituração, mais usado em formas insolúveis nas escalas DH e CH e o terceiro é o método da 50 milesimal usado nas preparações da escala LM (FONTES, 2018).

Na tabela a seguir (Tabela 01), serão apresentados alguns medicamentos homeopáticos de origem animal, vegetal e mineral.

Tabela 1: Medicamentos Homeopáticos de Origem Animal, Vegetal e Mineral

Medicamento Homeopático		
Reino Animal	**Reino Vegetal**	**Reino Mineral**
Apis mellifica TM **Parte Empregada:** Abelhas vivas. **Nome Homeopático:** Apis mellifica. **Sinonímia Homeopática:** Apis e Apis melífera. **Formas farmacêuticas:** creme, pomada ou gel. **Indicações:** auxiliar no alívio dos sintomas de edema e inflamações agudas da pele.	**Arnica montana TM** **Parte Empregada:** Planta inteira seca. **Nome Homeopático:** Arnica. **Sinonímia Homeopática:** Arnica; Arnica alpina; Chrysanthemum latifolum e Doronicum montanum. **Formas farmacêuticas:** creme, pomada ou gel. **Indicações:** auxiliar no tratamento de contusões e dores musculares.	**Sulphur 6 CH** **Nome Homeopático:** Sulfur. **Nome Químico:** Enxofre. **Sinonímia Homeopática**: Sulfur; Sulphur sublimatum; Sulphur sublimatum lotum; Sulphur lotum e Sulphur depuratum. **Formas farmacêuticas:** gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento de erupções da pele com prurido.
Lachesis mutus 30 CH **Parte Empregada:** veneno Bothrops surucucu. **Nome Homeopático:** Lachesis. **Sinonímia Homeopática:** Lachesis muta; Bothrops surucucu; Lachesis muta; Lachesis muta; Crotalus mutus e Trigonocephalus lachesis. **Formas farmacêuticas:** gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicação:** auxiliar no tratamento dos sintomas da menopausa.	**Nux vômica 6 CH** **Nome Homeopático:** Nux vômica. **Partes Empregadas:** Sementes secas. **Sinonímia Homeopática:** Strychnos nux vômica; Strychnos colubrina e Colubrina. **Formas farmacêuticas:** gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento dos sintomas das disfunções gastrintestinais.	**Calcarea carbônica 6CH** **Nome Homeopático:** Calcarea carbônica. **Nome Químico**: Sal de cálcio do ácido carbônico. **Sinonímia Homeopática:** Calcarea ostreica; Calcarea carbonica Hahnemanni; Calcarea ostrearum; Calcii carbonas ostrearum e Calcium carbonicum. **Formas farmacêuticas:** gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento dos sintomas de rinites, sinusites, otites e amigdalites recorrentes.
Cantharis vesicatoria 6 CH **Nome Homeopático:** Cantharis. **Sinonímia Homeopática:** Lytta vesicatoria; Meloe vesicatoria e Muscae hispanicae. **Partes Empregadas:** Cantáritas secas trituradas. **Formas farmacêuticas:** gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento dos sintomas da cistite.	**Ignatia amara 12 CH** **Nome Homeopático:** Ignatia amara. **Sinonímia Homeopática:** Ignatia; Faba indica; Strychnos ignatii e Faba Santi Ignatii **Partes Empregadas:** Sementes secas. **Formas farmacêuticas**: gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento da ansiedade leve e insônia.	**Ferrum metallicum 6 CH** **Nome Homeopático:** Ferrum metallicum. **Sinonímia Homeopática:** Ferrum reductum; Ferrum purum e Ferrum. **Nome Químico:** Ferro, Ferro metálico. **Formas farmacêuticas**: gotas, glóbulos, tabletes ou comprimidos. **Indicações:** auxiliar no tratamento das anemias previamente diagnosticadas.

Fonte: Formulário Homeopático, 2019.

A homeopatia é uma prática bicentenária, que tradicionalmente é incluída entre as MTCs (Medicina Tradicional Complementar) e se caracteriza pela atuação que mais se aproxima da prática clínica médica ocidental. Desenvolvida pelo médico alemão Christian Friedrich Samuel Hahnemann, no século XVIII, esse método terapêutico se fundamenta na Lei dos Semelhantes, que se baseia na utilização de substâncias capazes de provocar sintomas em pessoas saudáveis, em doses mínimas, para ser capaz de curar uma pessoa enferma que apresente um sintoma semelhante (FELIX, 2018).

Outro conceito que auxilia na compreensão da Lei dos Semelhantes é a patogenesia, o qual "consiste em conjuntos de sintomas objetivos (físicos) e subjetivos (emocionais e mentais) que um indivíduo sadio apresenta ao utilizar um medicamento" (HAHNEMANN, 1992, apud, FELIX, 2018, p. 14):

> Homeopatia baseia-se no princípio da similitude, que significa uma abordagem por meio da observação experimental de que toda substância capaz de desenvolver sintomas em um indivíduo sadio, é capaz de curar em doses adequadas um doente que apresente sintomas semelhantes. (FONTES 2013 apud FELIX 2018, p.12).

Para que se conheça os efeitos de um medicamento homeopático, é necessário realizar a experimentação em uma pessoa sadia, que é o que se chama de patogenética. A patogenética vai servir de parâmetro e base para a elucidação de sintomas e a ação do medicamento (HAHNEMANN, 1992, apud, FELIX, 2018). Fontes (2018) salienta que a experimentação dos medicamentos em pessoas sadias é um método natural, que permite investigar quais as doenças que estes estão aptos para curar.

Essa experimentação ocorre em institutos de pesquisa homeopáticos, nos quais pesquisadores adotam modernos protocolos de experimentação patogenética, utilizando-se do método duplo cego. Nesse procedimento, somente o diretor do experimento sabe quais experimentadores receberam as drogas e quais os placebos (FELIX, 2018). Ainda sobre os experimentos, Felix (2018) discorre que a administração de substâncias tem início com o teste de doses ponderais e, que, de acordo com a evolução, se não houver sintomas, progride-se o tratamento para a dose seguinte, mais diluída que a anterior. Consequentemente, o pesquisador toma notas dos sintomas (físicos, emocionais e mentais) (FELIX, 2018).

Na terapia homeopática, o indivíduo deve ser considerado em sua totalidade e o médico homeopata deve considerar as especificidades de cada um dos pacientes. Na consulta homeopática, um paciente deve responder uma série de questionamentos. O médico homeopata utiliza um repertório que organiza os sintomas por grau de importância e os medicamentos correlacionados ao sintoma. O repertório correlaciona o medicamento a um sintoma, assim proporciona facilidade ao médico para escolher o medicamento (CRF-SP, 2019).

No tratamento homeopático, de acordo com Pustiglione, Goldenstein e Chencinski (2017), o médico homeopata prescreve o melhor tratamento a partir de um projeto terapêutico, que considera para cada caso e cada momento da história da doença, atendendo ao princípio bioético da beneficência e não maleficência. Também é garantida, ao paciente e aos seus familiares, a gama completa de informações referentes ao tratamento, garantindo o princípio da autonomia.

2.3.1. O HISTÓRICO DA HOMEOPATIA NO BRASIL

A homeopatia no Brasil chegou com o médico francês Benoít Jules Mure, em 1840. O médico veio para o país com o intuito de implementar as comunidades de trabalhadores franceses. Ele era um grande divulgador das práticas da homeopatia em algumas cidades europeias. Disseminada pelo território brasileiro através dos discípulos de Mure, a prática da homeopatia ganhou apoio de figuras importantes como Monteiro Lobato e Rui Barbosa. No entanto, essa prática perde força e importância no Brasil, na década de 1930, se recuperando na década de 1970 quando se tornou uma prática complementar (CRF-SP, 2019).

O estudo da homeopatia dividiu-se em diversas escolas que buscam o conhecimento da medicina homeopática. As principais Escolas Homeopáticas no Brasil são a unicista, alternista, organicista e complexista (CRF-SP, 2019).

> Unicista: prescreve um único medicamento, à maneira de Hahnemann, com base na totalidade dos sintomas do doente – o simillimum; Alternista: também conhecida como pluralista. A prescrição é de dois ou mais medicamentos, para serem administrados em horas distintas, alternadamente, para que um complemente a ação do outro, atingindo, assim, a totalidade dos sintomas do paciente; Organicista: a prescrição do medicamento é direcionada aos órgãos doentes, considerando as queixas mais imediatas do paciente. Essa conduta aproxima-se da medicina alopática, que fragmenta o ser humano em órgãos e sistemas. Numa visão organicista, o clínico fixa-se apenas no problema local, não levando em conta os sintomas emocionais e mentais, que podem estar relacionados ao problema; Complexista: são prescritos dois ou mais medicamentos. (CRF-SP, 2019, p. 18).

A homeopatia, como já mencionado anteriormente, integra a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a sua implementação foi considerada uma estratégia importante para construção de um modelo de atenção centrado na saúde. Essa política garantiu o acesso seguro dos usuários do SUS às práticas integrativas e complementares de MT e MCA, principalmente da homeopatia, que envolve o uso de medicamentos pelos pacientes. A homeopatia é regulamentada no Brasil através de diferentes dispositivos legais, descritos de forma detalhada a seguir (Tabela 02):

Tabela 2: Dispositivos Legais

ANO	PUBLICAÇÃO
1851	1º Registro da prática no Brasil;
1965	Decreto nº 57.477: regulamentou-se a manipulação, receituário, industrialização e vendas de produtos destinados a homeopatia;
1966	Portaria n°17, regulamentou o decreto nº57.477/1965;
1973	Lei n° 5.991 incluiu a farmácia homeopática na legislação;
1976	A Lei n° 6.360 incluiu os medicamentos homeopáticos no sistema de Vigilância Sanitária; 1º Edição da Farmacopeia Homeopática Brasileira;
1980	O Conselho Federal de Medicina aprovou a homeopatia como especialidade médica;
1986	Resolução n°176, o Conselho Federal de Farmácia ratificou como privativa da profissão farmacêutica a farmácia homeopática;
1992	O Conselho Federal de Farmácia regulamentou a responsabilidade técnica em farmácia homeopática;
1997	2º Edição da Farmacopeia Homeopática Brasileira;
2000	Inclusão da farmácia homeopática nas normas de boas práticas de manipulação;
2003	Registro de medicamentos homeopáticos industrializados foi regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
2006	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC);
2007	Resolução RDC Anvisa n° 26/2007 registrou, além de medicamentos homeopáticos, os medicamentos antroposóficos e anti-homotóxicos;
2018	Resolução RDCnº 238 atualização do arcabouço normativo para medicamentos dinamizados registrados no Brasil pela Anvisa.

FONTE: CRF-SP, 2019.

2.3.2. INSERÇÃO DA HOMEOPATIA NO SUS

É importante destacar que foi da criação do SUS em diante e do reconhecimento da homeopatia como especialidade médica, a datar da década de 1980, que a homeopatia passou a ser oferecida por alguns estados e municípios brasileiros em seus serviços de saúde.

Conforme Neckel, Carmignan e Crepaldi (2010), muitos estados e municípios forneciam o atendimento e até mesmo realizaram concursos públicos para médicos homeopatas, porém as ações referentes à prática eram isoladas. A homeopatia no SUS se organiza por meio de diretrizes relacionadas com o SUS (Tabela 03).

Tabela 3: Diretrizes da Homeopatia Relacionadas com o SUS

Diretriz1 Homeopatia
Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.
DiretrizH2
Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas.
DiretrizH3
Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.
DiretrizH4
Apoio a projetos de formação e educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoantes com os princípios da política nacional de educação permanente
DiretrizH5
Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS
DiretrizH6
Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.
DiretrizH7

FONTE: BRASIL, 2015. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

A homeopatia, no contexto do SUS, é uma prática que contribui para o fortalecimento da saúde pública no Brasil, visto que ela coloca o sujeito no centro das atenções ao ponderar as dimensões físicas, psicológicas e sociais, contribuindo para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde. Além disso, fortalece a relação médico-paciente e estimula o autocuidado e a autonomia do indivíduo, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, bem como na utilização racional de medicamentos, que pode diminuir a fármaco dependência (BRASIL, 2015).

2.4. O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA HOMEOPATIA

A homeopatia brasileira ocupa hoje um lugar de destaque no cenário mundial devido ao alto grau de desenvolvimento da sua prática e por já estar inserida nos órgãos oficiais e acadêmicos nacionais. No Brasil, diversos profissionais de saúde podem atuar no tratamento terapêutico por meio da homeopatia, incluindo o farmacêutico (BRASIL, 2013), que pode trabalhar no cuidado ao paciente, à família e à comunidade de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente:

> De acordo com a Resolução CFF n° 601/2014, o farmacêutico homeopata é responsável pela qualidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos homeopáticos magistrais, oficinais, especialidades farmacêuticas e de outros produtos de interesse da saúde que produz, manipula, conserva, dispensa e transporta. Além disso, deve assegurar a qualidade físico-química e microbiológica,

> quando aplicável, de todos os produtos manipulados antes da sua dispensação ou comercialização. (CRF-SP, 2019, p. 31).

O farmacêutico homeopata é o responsável pela manipulação do medicamento homeopático. Assim, o profissional deve ser especialista em homeopatia e ser responsável por orientar o usuário na utilização correta de medicamentos homeopáticos. Tais orientações devem ser direcionadas às dosagens corretas da medicação, a sua interação com outros medicamentos, às ações adversas e a sua influência com alimentos, a fim de garantir a segurança do paciente durante o seu tratamento (FELIX, 2018).

Quanto ao trabalho do farmacêutico na farmácia homeopática, este deve fornecer as medicações de acordo com o receituário receitado por um profissional autorizado para a prática. Para isso, o profissional necessita obter conhecimentos farmacoterapêuticos do medicamento. Fontes (2018) expõe ser essencial os conhecimentos ligados às formas farmacêuticas, processos de saúde e doença, fisiologia e fisiopatologia. De acordo com este autor, o farmacêutico é uma figura importante na manipulação de medicamentos, pois é ele quem vai auxiliar o paciente, além do médico, em possíveis dúvidas, inseguranças, que possam surgir no uso da medicação. Felix (2018, p. 28) salienta que "devem ser considerados aptos os farmacêuticos que compreendem a importância dos princípios e competências, integrados com os princípios filosóficos da homeopatia".

> Importante destacar que também é da responsabilidade e competência do farmacêutico homeopata definir, aplicar e supervisionar os procedimentos operacionais e farmacotécnicos estabelecidos no processo de manipulação homeopática, e, ainda, pelas funções que delegar à equipe, cabendo-lhe, na autonomia de seu exercício profissional, cumprir e fazer cumprir as Boas Práticas de Manipulação Homeopática (BRASIL, 2014b, apud (CRF-SP, 2019, p. 31).

Além dessas atividades destacam-se as atribuições clínicas do farmacêutico homeopata que foi regulamentada pela Resoluções RDC 585/2013 e 586/2013.A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 586 e 585 de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), foram criadas com intuito de regulamentar a prática da prescrição farmacêutica, pois a procura e a demanda por serviços com relação aos cuidados da saúde das pessoas têm crescido muito no mundo contemporâneo. É cada vez maior a procura pelos cuidados farmacêuticos pela população, porque é na farmácia que muitas pessoas buscam a solução para os seus problemas de saúde menores e é também neste local que muitos encontram um pouco mais de atenção (SILVA,2015).

O farmacêutico, além de atuar na produção de medicamentos homeopáticos junto aos pacientes, à família e à comunidade, também deve atuar na educação e na qualificação profissional. Para dar aulas na área da homeopatia, é necessário que o farmacêutico tenha formação específica da área e deve trabalhar como membro de grupos de pesquisas sobre a homeopatia. Além disso, na rede pública de saúde, é necessário o profissional para garantir a manipulação dos medicamentos homeopáticos, assim se garante a segurança em todos os aspectos relacionados aos tratamentos homeopáticos (CRF-SP, 2019).

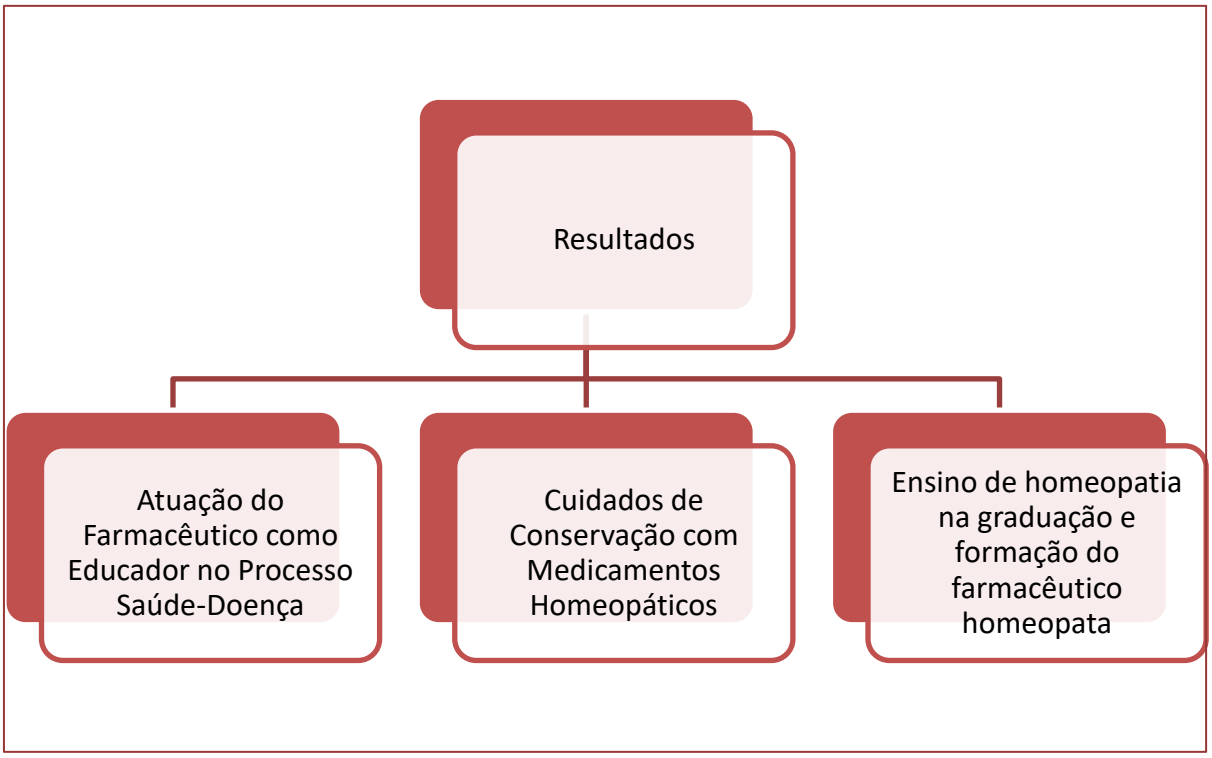
3. METODOLOGIA

O processo de construção do artigo contou, inicialmente, com a definição do problema e elaboração de hipóteses. Após esse procedimento, foram determinados os objetivos e a relevância da temática para, desta forma, iniciar a seleção dos materiais didáticos. De forma a desenvolver a metodologia, foram utilizados a pesquisa bibliográfica, referenciais teóricos e artigos científicos publicados em meio eletrônico, que se enquadraram no tema proposto. Estas publicações foram buscados considerando o idioma Português e levantados nas seguintes locais: bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, site do Ministério da Saúde, site do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, Anvisa e algumas informações nos sites oficiais da Associação Paulista de Homeopatia (APH), Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), Departamento de Publicações do Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB) e a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH). Essa análise permitiu a reunião de dados e informações que nos possibilitou o aprofundamento de temáticas e o entendimento, primeiramente, de forma generalizada, dos assuntos a serem abordados e, em segundo momento, de maneira específica, focalizando exatamente os pontos que seriam desenvolvidos. Foram utilizadas as palavras-chave: homeopatia; práticas integrativas e complementares e cuidado farmacêutico. O período de publicação foi observado entre 2010 e 2020, buscando manter os artigos mais recentes relacionados ao tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os estudos analisados, surgiram três categorias temáticas, que foram divididas em: atuação do farmacêutico como educador no processo saúde-doença, cuidados de conservação com medicamentos homeopáticos e ensino de homeopatia na graduação e formação do farmacêutico homeopata.

Fig. 1: Categorias a partir dos estudos analisados



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021

4.1. ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO COMO EDUCADOR NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Alguns autores discorrem sobre a atuação do farmacêutico estando relacionada ao uso racional dos medicamentos, avaliação da prescrição, assistência farmacêutica e educação no processo saúde-doença (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2010).

Conforme os autores Leite e Cordeiro (2018), o uso dos medicamentos se insere em um contexto interdisciplinar, envolvendo uma gama de profissionais, prescritores, dispensadores e usuários, sendo imprescindíveis as orientações. Logo, o farmacêutico também deve adotar uma postura constante de educação em saúde e aprendizado permanente também na área homeopática (LUCCHETTA; MASTROIANNI, 2010).

De acordo com Bastos e Caetano (2010), a aplicação do conhecimento e a educação fornecida pelo farmacêutico no processo saúde-doença estão relacionadas, por exemplo, às indicações dos medicamentos homeopatas, mecanismo de ação e interações medicamentosas. Logo, o uso racional dos medicamentos também é uma importante atuação do profissional farmacêutico, já que o objetivo do profissional deixa de ser o medicamento e passa a ser o paciente.

A prática farmacêutica está associada à preocupação com o bem-estar do paciente, portanto o farmacêutico assume um papel imprescindível, somando esforços junto aos demais profissionais para a promoção de saúde ao detectar, identificar e resolver problemas (SENHORIM, 2011).

O resultado, no qual discorre o trabalho, pode ser compreendido em relação à importância desse profissional que precisa sempre estar preparado a enfrentar novos desafios. Por consequência, é algo que necessita de muita dedicação em torno do que se faz para suprir a necessidade daqueles que precisam, sendo essenciais para o Sistema Único de Saúde, no qual eles necessitam sempre encontrar um suporte, pois, muitas vezes, estão enfrentando grandes problemas no quadro em que se encontram.

Desse modo, o farmacêutico, além de ter domínio do conhecimento científico, deve estar preparado para oferecer solidariedade, carinho e envolvimento, sendo um educador no processo saúde-doença (SENHORIM, 2011).

O profissional deve estar preparado sempre, estudando e melhorando seu conhecimento, a fim de que possa levar medicamentos adequados para os mais necessitados e, deste modo, possa sempre contribuir para o processo de evolução também dos medicamentos que são necessários. Os medicamentos podem causar alteração no corpo humano e é provável que não reajam em um corpo como no outro. Isso precisa ser analisado, por mais difícil que seja, pois, em diversas ocasiões, não se encontram recursos adequados com a finalidade de que possam dar continuidade aos seus estudos, o que é algo essencial. Sendo assim, os farmacêuticos podem passar por dificuldades para conseguir conduzir, de forma adequada, os processos de melhorias de medicamentos, sendo algo em que deveria haver mais respaldo, porém, infelizmente, não é o que ocorre.

Conforme Félix (2018), o farmacêutico que presta orientação farmacêutica, na farmácia homeopática, deve estar ciente que é de suma importância conduzir seus pacientes quanto à conservação e utilização dos medicamentos e quanto aos esclarecimentos que levam à melhoria da qualidade de vida, acompanhando, deste modo, todo o seu tratamento. O farmacêutico otimizará o tratamento, já que ele pode entrar em contato com o clínico, esclarecer dúvidas, propor novas formas de tratamento e, por fim, fornecer informações sobre drogas e medicamentos homeopáticos, tanto para o clínico como para o paciente.

4.2. CUIDADOS DE CONSERVAÇÃO DOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

De acordo com a literatura científica consultada, os medicamentos homeopáticos devem ter alguns cuidados de conservação. Alguns autores apresentam os tipos de cuidados, os quais serão abordados a seguir. Conforme expõe Israel (2016), alguns cuidados incluem:

CUIDADOS COM MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS
a) Manter no frasco original e fechado;
b) Dose única deve ser ingerida em jejum ou ao se deitar;
c) Em jejum, não deve se utilizar pasta dental ou ingerir café;
d) A menta, presente na pasta dental, pode inativar o medicamento homeopático;
e) Não ingerir o medicamento após a escovação dentária;
f) Medicamentos homeopáticos devem estar fora do alcance de crianças;
g) Antes e após cada dose, permanecer sem se alimentar por no mínimo 30 minutos;
h) Não expor o medicamento à luz solar, umidade e locais com odor forte;
i) Deixar os medicamentos homeopáticos longe de televisão, forno micro-ondas, computadores, celulares;
j) Respeitar os horários e doses na receita;
k) Não realizar automedicação;
l) Esclarecer dúvidas com o farmacêutico.

Fonte: (ISRAEL, 2016)

Andrade, Novaes e Rennó (2016) afirmam que o medicamento homeopático pode ser gotejado ou dissolvido diretamente na boca. Pode-se diluí-lo em uma colher de chá de água, porém não é aconselhável diluir em maior quantidade de água. Ademais, é importante ler a prescrição junto ao paciente para sanar as dúvidas e, antes de utilizar qualquer medicamento diferente, procurar a farmácia homeopática. Fontes (2018) ratifica a importância de não praticar a automedicação e esclarece que não se deve indicar o medicamento homeopático, mas a terapêutica homeopática, porque o medicamento é individualizado para cada paciente.

Steven (2016) afirma:

> [...] Não há regra fixa, mas será sensato deixar passar meia-hora entre as tomadas de diferentes remédios. Dois ou mais ingredientes podem estar combinados numa forma de dosagem complexa, que resolve o problema satisfatoriamente, mas, desagradando a quem tem uma visão clássica do assunto. À medida que o remédio é absorvido na boca através das mucosas, é fundamental que seja chupado lentamente e não mascado. Os remédios líquidos podem ser tomados com água, devendo deixar-se na boca 15 segundos para permitir a absorção. [...]. Se guardados corretamente e não manuseados, os remédios homeopáticos crê-se que permanecem ativos quase indefinidamente. (STEVEN, 2016).

Sendo o farmacêutico responsável pelo desenvolvimento dos remédios, muitas vezes as responsabilidades ficam sobre ele, portanto o trabalho deve ser algo muito bem averiguado, para não obter problemas pelo fato de estar relacionado à saúde e podendo colocar outra pessoa em risco, com algo que tenha sido feito sem os testes necessários para serem aprovados e passados para frente. O medicamento é algo muito importante, utilizado por milhares de pessoas e isso faz grande diferença. Precisa ser utilizado de acordo com cada necessidade, com cada problema, envolvendo situações necessárias.

Sendo assim, é de extrema importância que o farmacêutico saiba bem o que está receitando para que o paciente não tenha complicações e precise desintoxicar, caso algo não seja bem adequado ao seu quadro de saúde.

Muitas farmácias são apropriadas para fazer a manipulação dos remédios. Os farmacêuticos vão conferir/ analisar se está tudo de acordo, para depois enviar para produção em laboratórios, os quais devem sempre seguir padrões adequados e normas a serem conduzidas da melhor forma possível, para seguirem panoramas de boas práticas de manipulação preconizadas pela ANVISA e contarem com instalações tecnológicas e uma equipe totalmente qualificada e treinada para este processo.

4.3. ENSINO DE HOMEOPATIA NA GRADUAÇÃO E FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO HOMEOPATA

Correa e Leite (2018) defendem a ideia de que o ensino da homeopatia é relevante na formação do farmacêutico generalista. Entretanto, a carga horária da disciplina é pequena quando comparada à carga horária total do curso de farmácia.

Em concordância com o Conselho Federal de Farmácia (2014), o farmacêutico homeopata é um profissional graduado em Ciências Farmacêuticas, com formação teórico-prática em Homeopatia e Farmácia Homeopática. Possui capacitação por meio de disciplinas específicas do curso de Farmácia e cursos de especialização reconhecidos pelo CFF. Para ser um farmacêutico homeopata, é necessário possuir conhecimentos aprofundados sobre farmacotécnica homeopática, gestão farmacêutica, prescrição farmacêutica e legislação sanitária do setor. Logo, a pós-graduação na área de homeopatia é fundamental para o pleno exercício e ascensão nessa carreira e uma especialização em gestão é um fator de diferenciação deste profissional.

Conforme exposto pelo Conselho Federal de Farmácia (2014), na farmácia magistral, o farmacêutico homeopata possui algumas atribuições, destacando-se: manipulação e dispensação de medicamentos homeopáticos; cuidados farmacêuticos na farmácia homeopática; coordenação e gerenciamento das farmácias de manipulação homeopáticas; produção de medicamentos homeopáticos, de acordo com os padrões especificados em mementos, farmacopeias ou formulários terapêuticos, adotados oficialmente pelo país; gerenciamento ou execução das atividades de controle de qualidade em matérias-primas homeopáticas; qualificação dos fornecedores e fabricantes; informa e orienta o usuário quanto às eventuais interações do medicamento homeopático com outros medicamentos e alimentos e quanto ao reconhecimento de possíveis eventos adversos; informa ao paciente quanto às devidas condições de conservação, armazenamento e descarte dos produtos homeopáticos. Nas consultorias especializadas, o farmacêutico homeopata esclarece dúvidas técnicas de clientes; prepara material técnico para visitação médica; audita sistemas de gestão da qualidade; treina equipe em Boas Práticas de Fabricação. Já em indústrias farmacêuticas homeopáticas, exerce a função de responsável técnico na indústria farmacêutica homeopática; elabora relatórios a serem apresentados aos órgãos competentes, para fins de registro de medicamentos e produtos homeopáticos; é responsável pela assistência técnica efetiva do setor sob seu encargo profissional; cumpre, técnica e legalmente, as Boas Práticas de Fabricação; realiza pesquisa de novos insumos farmacêuticos e ativos homeopáticos, visando ao desenvolvimento de novos medicamentos ou de novas indicações e posologias para os já comercializados; elaboração de bulas, rótulos e material de publicidade de medicamentos homeopáticos; desenvolve e valida metodologias para

certificação da qualidade dos insumos farmacêuticos e medicamentos homeopáticos; coordena e elabora procedimentos relativos à recepção, estocagem, conservação e controle dos estoques de insumos farmacêuticos, insumos ativos homeopáticos e dos medicamentos homeopáticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014).

A partir do exposto, verifica-se que não há muitas produções na literatura científica sobre o farmacêutico homeopata e suas atribuições, sendo necessário realizar a busca no CFF. Portanto, observa-se que o farmacêutico homeopata deve também buscar novas informações para melhorar seu conhecimento em relação à criação dos medicamentos; exercer diversas funções com a finalidade de gerenciamento e deve estar atento quanto ao surgimento de novas propostas em relação aos produtos que vai utilizar para confecção de medicamentos e melhorias para produção.

As instituições de ensino superior devem oferecer maior ênfase no ensino da homeopatia, visando à qualidade no ensino e à integralidade com o paciente atendido, proporcionando o aprendizado adequado a estes profissionais que se mostram, a cada dia, mais necessários na aplicação prática da homeopatia como forma que auxilia o tratamento e colabora unicamente com vias naturais nas quais possibilitam a cura do organismo para os mais variados males.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional farmacêutico habilitado em homeopatia precisa desempenhar sua função com relação à atenção farmacêutica, de maneira que o atendimento seja aperfeiçoado, sempre melhorando a qualidade de vida do paciente e humanizando o atendimento. A atenção farmacêutica e a homeopatia caminham juntas. É preciso sempre ter em mente a busca por soluções minimamente agressivas/invasivas, pois, ao contrário, métodos mais incisivos podem causar lesões, agravar o estado de saúde e causar mais problemas para o paciente. Este último deve sempre ser entendido como o centro do cuidado em saúde.

É de suma importância que as individualidades de tais medicamentos, empregados pelos farmacêuticos especialistas, sejam respeitadas, como, por exemplo, os cuidados com o armazenamento e administração. Tais peculiaridades se apresentaram de extrema importância no complemento para a realização do tratamento homeopático. Estas informações devem ter ampla divulgação feita de maneira correta pelo farmacêutico, para que haja sucesso no tratamento terapêutico estabelecido.

Diante do exposto, torna-se notório que o farmacêutico homeopata é o profissional de melhor qualificação e deve estar cada vez mais preparado para assumir a responsabilidade de orientar os pacientes no processo de atenção farmacêutica e em relação ao uso de medicamentos. Ele deve entender bem os métodos, as técnicas e as legislações para receitar fármacos de acordo com cada caso e cada pessoa, respeitando as individualidades e os protocolos.

Este trabalho revisa a gama de atividades que são incumbências destes profissionais e os diversos campos nos quais eles podem atuar, mostrando o quão se faz necessária a presença dos farmacêuticos homeopatas na área da saúde. Hipócrates foi o primeiro a deslumbrar a Lei da Semelhança - Similia similibuscuratur (Semelhante cura Semelhante). Desde então, a homeopatia vem sendo estudada, melhorada e ainda irá melhorar o condicionamento da saúde de milhares de pessoas que precisam desse suporte, oferecido pelos farmacêuticos especialistas.

REFERÊNCIAS

[1] ANDRADE, A. V. C.; NOVAES, T. C.; RENNÓ, M. U. P. **Avaliação da necessidade de prestar orientações sobre o uso de medicamentos homeopáticos a pacientes em tratamento homeopático**. 2013. Disponível em: http://blog.newtonpaiva.br/pos/wpcontent/uploads/2013/02/E2-FARM-12.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

[2] ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica.** Saúde soc. [conectados]. 2010, vol.19, n.3, pp.497-508. ISSN 0104-1290.

[3] BASTOS, C. R. G; CAETANO, R. **As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3541-3550, 2010.

[4] BRASIL. **Farmacopeia Homeopática Brasileira. Ministério da Saúde.** 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2011. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia. Acesso em 11 abr.2021.

[5] BRASIL. **Homeopatia**. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Homeopatia. 2019. 3ª edição. 58 p.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; 2006.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS).** 2015. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

[8] CONSELHO Federal de Farmácia. **Resolução nº 572 de 25 de abril de 2013**. Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação.

[9] CONSELHO Federal de Farmácia. **Resolução nº 635 de 14 de dezembro de 2016.** Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da homeopatia e dá outras providências. 96 p.: il. ISBN 978-85-334-2146-2.

[10] CORNILLOT, P. **Tratado de homeopatia.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

[11] CORREA, A. D.; LEITE, S. Q. M. **Ensino da homeopatia na graduação em farmácia**: concepções e práticas pedagógicas em instituições do estado do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, p. 267-280, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

[12] COSTA, R. A. de. **Homeopatia Atualizada.** 3ª ed. Petrópolis: Roberto Andrade Costa, 1988.

[13] FELIX, A. P. B. **O papel do farmacêutico na dispensação de medicamentos homeopáticos**. 2018. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) — Faculdade Pitágoras, São Luís, 2018.

[14] FONTES, O. L. **Farmácia Homeopática:** Teoria e Prática. 5ª. Ed. São Paulo: Manole; 2018.

[15] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário Homeopático**, 2ª ed. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-homeopatico/arquivos/8095json-file-1. Acesso em: 12 abr.2021.

[16] GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4ª.ed. São Paulo: Atlas S/A, 2002.

[17] GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

[18] HANEMANN, S. **Organon da arte de curar**. 6ª edição. São Paulo: Rode Editorial, 1992.

[19] ISRAEL, A. L. M. **Atenção, Dispensação e Prescrição Farmacêutica em Homeopatia**. Associação Paulista de Homeopatia, p. 1-104, 2016.

[20] LEITE, S. N.; CORDEIRO, B. C. **A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos**. Cienc. Cuid Saúde, v. 7, n. 3, p. 399-403, 2018.

[21] LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, Françoise e CREPALDI, Maria Aparecida**. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde**. Rev.bras. educ. med. [conectados]. 2010, vol.34, n.1, pp.82-90. ISSN 0100-5502.

[22] LUCCHETTA, R. C.; MASTROIANNI, P. C. **Avaliação do conhecimento e das condutas dos farmacêuticos, responsáveis técnicos por drogarias**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 31, n. 3, p. 183-191, 2010.

[23] MACHADO, I.P.C. **Os Avanços da Homeopatia na Unidade Básica de Saúde (SUS).** Monografia para título de especialização em homeopatia. ALPHA/APH. São Paulo-SP, 2014.

[24] MANCHANDA, R. K. **Scientific Framework of Homeopathy**: Evidence Based Homeopathy. Ed. AYUSH: LMHI, 2015, 115p. Disponível em: https://lmhi.org/article/detail/42. Acesso em: 20 mar. 2021.

[25] MEDEIROS, R. D. A. de; MORAES, J. P. **Intervenções farmacêuticas em prescrições médicas na unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, v. 5, n.2, p. 26-29, 2014. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/inicial/. Acesso em: 20 mar. 2021.

[26] OLIVEIRA, N. V. B. V. de et al. **Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil**: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1105-1121, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000401105&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

[27] PACHECO ABLF. **Cuidados Farmacêuticos: uma visão Homeopática**. São Paulo. Monografia [Especialista em homeopatia] - ALPHA-APH; 2015.

[28] PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciênc. saúde colet. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018. Acesso em: 10 abr. 2021.

[29] PEREIRA, L. M. V. Gestão em Organizações de Saúde. Descrição de prática para a gestão da farmácia hospitalar. Medicina (Ribeirão Preto, Online.), v. 50, n. 1, p. 66-75, 2017. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i1p66-75.

[30] PETRYNA, A. **Experimentalidade**: ciência, capital e poder no mundo dos ensaios clínicos. Horiz. Antropol., Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 127-160, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

[31] PILAU, Raquel; HEGELE, Vanessa; HEINECK, Isabela. **Atuação do Farmacêutico Clínico em Unidade de Terapia Intensiva Adulto**: Uma Revisão da Literatura. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, São Paulo, v. 5, n. 1, p.19-24, jan. 2014. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/inicial. Acesso em: 20 mar. 2021.

[32] PORTELA, G.L. **Abordagens teórico-metodológicas**. Projeto de Pesquisa UEFS, 2004.

[33] PUSTIGLIONE, M.; GOLDENSTEIN, E.; CHENCINSKI, Y. M. **Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica**. Revista de Homeopatia., v. 80, p. 1-17, 2017. Disponível em: https://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/393. Acesso em: 17 set. 2020.

[34] SANTOS, R.; SÁ, F. M. P. Homeopatia: Histórico e Fundamentos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente,** v. 5, p. 60-78, 2014. Disponível em: https://www.faema.ed.br/revistas/index.php/REVISTA-FAEMA/article/view/206. Acesso em: 12 jan. 2021.

[35] SENHORIM, G. Z**. A assistência e a atenção farmacêutica como instrumentos de formação de farmacêuticos educadores.** Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande. 2011. 86 p.

[36] STEVEN, B. K. **Homeopatia:** Aspectos científicos, médicos e farmacêuticos: Teoria e Prática. 2. Ed. Lusodidacta; 2006.

[37] UNDES. **World Population Prospects**. United Nations. Departament of economic and social. 2017, 24p. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/files/wpp2017_databooklet.pdf.Acesso: 17 set. 2020.

[38] VIEBIG, R. G. Pesquisa científica e publicações. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 7-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032009000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr.2021.

Capítulo 6

Panorama comportamental sobre automedicação, armazenamento e descarte de medicamentos presentes em diferentes domicílios de Belo Horizonte e região metropolitana

Diego Pinto de Oliveira
Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas
Vinícius Stefano dos Santos Morais
Patrícia Gardênia Assis Souza
Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Luiz Henrique Ferreira Martins

Resumo: Este estudo foi realizado aplicando-se um questionário em residências da zona urbana do Estado de Minas Gerais, em quatro municípios, com o objetivo de analisar o armazenamento dos medicamentos, o descarte dos medicamentos e a automedicação. Verificou-se que 45% dos fármacos estudados foram adquiridos a partir da aquisição própria, sem a prescrição de um profissional qualificado e quanto ao descarte 100% dos entrevistados descartavam de forma incorreta, em sua maioria no lixo comum.

Palavras-chave: Farmácia caseira. Farmácia domiciliar. Automedicação. Uso irracional de medicamentos.

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas, sendo produzidos com rigoroso controle técnico para atender às especificações determinadas pela Anvisa. O efeito do medicamento se deve a uma ou mais substâncias ativas com propriedades terapêuticas reconhecidas cientificamente, que fazem parte da composição do produto, denominadas fármacos, drogas ou princípios ativos. Os medicamentos é um importante fator nas ações da saúde.

O uso racional dos medicamentos contribui para a qualidade dos serviços de saúde, porem, para que os fármacos alcancem o efeito desejável, eles devem ser usados de forma correta e com orientação médica e farmacêutica. Porém, o incentivo da mídia e a facilidade de aquisição tornaram o seu uso rotineiro, o que leva a um estoque domiciliar de medicamentos, podendo desencadear o surgimentos de agravos a saúde, uma vez que o estoque domiciliar de medicamentos pode influenciar os hábitos de consumo dos moradores, o uso incorreto ou desnecessário, pode resultar em consequências seriais como intoxicação, reações alérgicas, efeitos colaterais indesejados e a camuflagem de diversas patologias.

A farmácia caseira é composta, basicamente, por medicamentos utilizados no tratamento de sintomas agudos, os de uso contínuo, por sobras oriundas da fácil aquisição, por sobras de tratamentos anteriores, abandono do tratamento, pela aquisição de número maior de doses do que o necessário ou pelos utilizados em automedicação (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2009). Além de favorecer o desperdício, esse estoque de medicamentos aumenta o risco de exposições tóxicas não intencionais, principalmente em crianças, e intencionais, com agravos à saúde (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005).

A automedicação é uma prática bastante difundida no Brasil, dessa forma, uma grande maioria da população brasileira possui medicamentos em suas residências, acumulando e formando estoques o que é denominado farmácia caseira. O Brasil é recordista mundial em automedicação. De acordo com pesquisa de 2016 feita pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ), 72% dos brasileiros se medicam por conta própria. Além do uso inadequado, muitos têm o hábito de aumentar as dosagens para obter alívio mais acelerado. Outro dado relevante mostra que 40% da população faz o autodiagnostico por meio da internet.

É importante que se realize a revisão periódica dos medicamentos que constituem a farmácia caseira (Fernandes & Petrovick, 2004), pelo menos duas vezes por ano, pois de acordo com esses autores, medicamentos vencidos e aqueles cujo uso já ocorreu devem ser descartados para evitar possíveis intoxicações ou trocas.

Fazer o descarte de medicamentos vencidos ou de medicamentos que sobraram de algum tratamento feito jogando-os no lixo comum ou no esgoto doméstico não é uma boa solução. Mas existe pouca legislação referente ao descarte correto de medicamentos vencidos ou sem uso. Porém, devido aos grandes riscos à saúde humana e ao meio ambiente, o descarte de medicamentos deve ser feito em pontos de coleta específicos, para serem posteriormente encaminhados à destinação final ambientalmente correta

O objetivo deste estudo foi analisar o armazenamento domiciliar de medicamentos, o descarte dos medicamentos e a automedicação na zona urbana dos municípios de Belo Horizonte(MG), Vespasiano(MG), Neves(MG), e São José da Lapa(MG) verificando o

conhecimento dos moradores quanto ao uso correto de medicamentos, o descarte adequado e os riscos quanto à automedicação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal, no período de fevereiro a março de 2018, através de visitas domiciliares. Os municípios-alvos deste foram Belo Horizonte, Vespasiano, Neves, e São José da Lapa.

Foi utilizado questionários para se obter as informações, os questionários possuíam questões relacionadas a informações dos usuários (idade, sexo, escolaridade), e, principalmente, questões relacionadas ao armazenamento dos medicamentos, descarte dos medicamentos, origem dos medicamentos, classe terapêutica e medicamentos vencidos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS FARMÁCIAS CASEIRAS

Em média, as famílias amostradas eram compostas por 5,3 indivíduos, totalizando 70 moradores. A idade dos residentes variou de 0 a 94 anos (Tabela 1). Quanto ao nível de escolaridade 6,25% (5) dos moradores são analfabetos, 31,25% (25) possuem ensino fundamental incompleto e 1,25% (1) ensino fundamental completo. Ainda, 33,75% (27) dos indivíduos pesquisados relataram ter concluído o ensino médio, sendo que 5% (4) o ensino médio incompleto. 17,5% (14), o ensino superior incompleto, e apenas 5% (4) possuem o ensino superior completo.

Tabela 1. Idade dos entrevistados

Idade	Quantidade de Pessoas
0 – 18 anos	10 pessoas
19 – 37 anos	30 pessoas
38 – 58 anos	17 pessoas
57- 75 anos	11 pessoas
76- 94 anos	2 pessoas
Total	70 pessoas

3.2. ARMAZENAMENTO DOMICILIAR DOS MEDICAMENTOS

O armazenamento domiciliar de medicamentos demanda uma atenção especial, principalmente quando há crianças e idosos na residência. O armazenamento deve ser feito em local arejado, longe da luz solar ou qualquer tipo de calor. Os medicamentos devem ser armazenados preferencialmente em recipientes que impeça a entrada de insetos ou contaminação de qualquer tipo, como uma caixa de papelão, plástico, acrílico, ou vidro, com tampa. É muito importante que esse recipiente seja etiquetado, identificando o que contém dentro, e guardado em local inacessível para crianças.

Os medicamentos encontrados no nosso estudo em sua maioria eram armazenados em armários e gavetas, das mais diversas formas, como: sem as suas respectivas embalagens, somente a cartela, caixas abertas e até mesmo junto com produtos cosméticos. Foi encontrado exposto sobre a mesa, local esse acessível a crianças, podendo ocasionar o uso inadequado.

Para prevenir a ingestão acidental de medicamentos, é importante não guardar medicamentos soltos em gavetas, armários, balcões dentro de carros, por um longo período, sem identificação, mesmo dentro de caixas destinadas a isto, é importante que os medicamentos estejam na própria embalagem, com os rótulos intactos, longe do alcance de crianças, idosos e animais domésticos.

É importante limpar e organizar regularmente o local onde são armazenados os medicamentos, tendo o cuidado de observar o estado de conservação, como por exemplo o vazamento acidental de medicamentos que seja líquido, ou comprimidos fora da cartela e sempre está de olho na data de validade dos medicamentos.

Os medicamentos quando armazenados de maneira inadequada pode sofrer alterações (Tabela 2), e esses medicamentos não devem ser utilizados, caso seja, pode vim a ser prejudicial à saúde.

Tabela 2. Alterações que podem ocorrer devido à má conservação.

Forma farmacêutica	Sinais de alteração.
Comprimidos	Excessiva perda de pó, quebra, manchas, fusão.
Pó seco e granulados	Mudanças de cor, endurecimento.
Soluções / xaropes	Precipitação e formação de gases.
Suspensão	Endurecimento, apresentação de cristais e partículas.
Líquidos estéreis	Turbidez, mudança de cor, formação de gases.
Cremes	Mudança na consistência, diminuição de volume, perda de água.
Pomadas	Mudança na consistência, aparecimento de grânulos, separação excessiva do líquido.
Supositórios	Amolecimento, manchas, ressecamento, enrugamento

Fonte: Armazenamento de medicamentos em casa – Luciana Amaral Pinheiro – 2004.

3.3. AUTOMEDICAÇÃO

Dos 149 medicamentos encontrados, 45%(67) foram aquisição própria e 55%(82) foram adquiridos por receita médica. Indicando um número alto de indivíduos que se medicam por conta própria, o que já era esperado, visto que em todos os artigos estudados, haviam elevados índices de automedicação descritas.

Segundo Araújo (2014), existem muitas variações nesta prática, com valores que vão de 6% até índices maiores de 86,4%. Diversos fatores podem influenciar estas diferenças, como a caracterização da população, os problemas de saúde existentes e até mesmo o período da investigação.

O maior número de medicamento encontrados (Tabela 3) foram da classe dos anti-hipertensivos, 14% do total de medicamentos, e todos foram adquiridos através da

indicação médica. Seguidos pelas classes dos analgésicos e anti-inflamatórios, que correspondem a 10,7% e 11,4% respectivamente.

Os analgésicos e anti-inflamatórios são as classes de medicamentos mais identificadas na automedicação. Isso porque eles são utilizados no tratamento de dores e sintomas que são comuns em diversas patologias. Outro fator importante é a facilidade ao acesso desses medicamentos, já que a venda de sua maioria pode ocorrer sem a necessidade de uma receita médica (ARAÚJO, 2014).

Outros medicamentos encontrados em maior quantidade foram vitaminas, antidepressivos e anti-histamínicos, 6%, 5,4% e 6%, respectivamente. Também com alto índice de automedicação, com exceção dos antidepressivos, que exigem receita para sua aquisição.

Tabela 3. Quantidade e classes dos medicamentos encontrados nas farmácias caseiras.

Classe dos medicamentos	Quantidade encontrada
Antidepressivos	8
Antiácidos	1
Anti-infecciosos	1
Antivirais	4
Antidiabéticos	3
Anti-hipertensivos	21
Antidiarreicos	3
Antigripais	3
Diuréticos	2
Analgésicos	16
Expectorantes	2
Solução parenteral	2
Vitaminas	9
Corticosteroides	3
Contraceptivos	1
Anti-histamínicos	9
Anti-úlcerosos	5
Antimicrobianos	2
Cicatrizantes	2
Anticonvulsivantes	1
Antivaricosos	2
Laxantes	1
Anti-inflamatórios	17
Relaxante muscular	2
Ansiolíticos	1
Bronco dilatadores	2
Antiflatulentos	1
Antifúngicos	5
Antitérmicos	1
Antiarritmíacos	2
Descongestionantes	1
Antiglaucomas	2
Anti-reumáticos	1
Antitussígenos	2
Escabicidas	1
Antissépticos	1
Anticolinérgicos	1
Antivertiginosos	4
Estimulantes do apetite	1

Fonte: dos autores.

Ao todo, foram encontrados 149 medicamentos e das 30 residências abordadas, somente uma não possuía nenhuma classe terapêutica. Ou seja, de acordo com nossas pesquisas, 96,7% das famílias entrevistas possuem farmácia caseira, dando uma média de 5 medicamentos por casa ou 1,9 medicamentos por pessoa.

3.4. DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos são usados para melhorar um sintoma ou ate mesmo para salvar vidas, porém, se ele for descartado de forma incorreta, ele pode vim a se tornar prejudicial ao meio-ambiente e ate mesmo a outras pessoas.

Segundo o município de Belo Horizonte os medicamentos vencidos poderão ser descartados por seus usuários em qualquer farmácia do município. Caberia aos estabelecimentos acondicionar e dar destino aos resíduos, sob pena de sanções que envolvem desde advertência e multa até a cassação do alvará de funcionamento. Em vista da existência de dúvidas sobre a proposta, a comissão deliberou por enviar ofício à administração municipal questionando a respeito da atual destinação dos medicamentos vencidos; da existência ou não de regulação sobre a prática e das políticas de fiscalização do descarte por parte dos munícipes.

Pouco se fala a respeito, mas o descarte de medicamentos vencidos ou em desuso de forma aleatória, no lixo comum ou no vaso sanitário, por exemplo, pode gerar muitos impactos negativos. Segundo a Unidade de Gestão Ambiental (UGA), da Fundação Ezequiel Dias (Funed), os medicamentos descartados de forma irregular trazem sérias consequências ao meio ambiente e à saúde.

Quando liberados no sistema de esgoto, os resíduos químicos dos medicamentos acabam diluídos na água e são praticamente impossíveis de serem eliminados pelo processo de filtragem. Ou seja, a água é contaminada por esses agentes e retorna aos fluxos hídricos concentrada de resíduos aos cidadãos", explica Fabiana Cristina Lima Barbosa, bióloga responsável pela Unidade. 1kg de medicamento descartado no esgoto pode poluir 450 litros de água.

Neste presente estudo, nenhum dos entrevistados descarta os medicamentos de forma correta, descartando-os em lixos comuns e vasos sanitários, ou seja, 100% dos descartes estudados são descartados de forma incorreta, levando a danos ambientas e colocando em risco a saúde humana.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado é bastante comum ter armazenado em casa um pequeno estoque de medicamentos para amenizar as dores mais diversas. E na maioia das vezes a aquisição dos medicamentos é feito pelos próprios moradores, no presente estudo, 55% (82) dos medicamentos foram indicados por profissionais qualificados, mesmo a aquisição própria ficando abaixo das prescrições, com cerca de 45% (67), ainda assim é um dado preocupante, uma vez que, o uso irracional desses medicamentos de forma incorreta pode levar a riscos, como a intoxicação.

Mesmo que após a automedicação os sintomas se aliviam, isso não significa que o problema foi resolvido, e a prática constante da automedicação pode estar escondendo problemas mais sérios. Nem sempre sintomas pequenos podem estar ligados a algum problema mais sérios, mas todos os medicamentos têm um potencial nocivo quando está

correndo em nossas veias, e a intoxicação por medicamentos ocupa o primeiro lugar dentre as causas de intoxicação registrados em todo o país, isso se dar porque na maioria das vezes as pessoas não usam os medicamentos como de suas necessidades clinicas, em doses e períodos adequados. Para se ter uma ideia os analgésicos, os antitérmicos e os anti-inflamatório representam as classes de medicamentos mais intoxicantes, e nesse presente estudo os anti-inflamatórios representaram 11% (17) e os analgésicos 10% (16), ou seja, essas classes terapêuticas circulam com grande frequência as casas dos brasileiros, fazendo parte da farmácia caseira.

O armazenamento em locais inapropriados foi presenciado em todas as residências estudas, expondo os medicamentos ao alcance de crianças e animais domésticos, além disso, os medicamentos na maioria das vezes eram expostos de formas que pudessem vim a sofrer alterações em suas finalidades terapêuticas. Vale destacar que, na população estuda, o descarte incorreto prevaleceu, sendo que, quando vencidos ou não mais utilizados eram descartados no lixo comum e ate mesmo descartados diretamente em vasos sanitários, fato esse preocupante, uma vez que medicamentos descartados de forma incorreta podem levar a grandes riscos à saúde humana e ao meio ambiente. Então, a devolução à Unidade Básica de Saúde e a farmácias é considerada a melhor alternativa para o descarte, pois, esses locais encaminham os medicamentos ao destino correto, porém, este estudo revelou que nenhuma das famílias adotava esse procedimento, o que leva a necessidade de orientação para a população em geral, visando o descarte correto dos medicamentos.

Tendo em vista os aspectos observados, existem muitas pessoas que mantém em suas casas uma pequena farmácia. Porem, tem que haver muita atenção com a farmácia caseira, mantendo os medicamentos bem armazenados, dentro do prazo de validade e realizar o descarte corretamente; e, sempre que surgir alguma duvida procurar um profissional qualificado como um médico ou um farmacêutico.

REFERÊNCIAS

[1] CRUZ, Maria Jesus Barreto. Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Saúde Debate, São Paulo, v. 41, n. 114, p. 836-847, jul.-set., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0836.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2018.

[2] SANTOS, Randara Caneschi. A farmácia domiciliar e a utilização de medicamentos em residências da zona rural do município de Ubá (MG). Revista Científica da Faminas (RCFaminas), Muriaé, v. 12, n. 2, p. 27-36, maio-ago. 2017. Disponível em: <periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/download/376/340>. Acesso em: 09 Mai. 2018.

[3] SCHWINGEL, Débora. Farmácia caseira X Uso racional de medicamentos. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 117-130, 2015. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/973/961>. Acesso em: 09 Mai. 2018.

[4] RIBEIRO, Maria Ângela. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. Saúde Soc., São Paulo, v.19, n.3, p.653-663, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/16.pdf>. Acesso em: 11 Mai. 2018.

[5] BOUCHACOURT, Olivia Berwanger. Farmácia caseira x Uso racional de medicamentos. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS, Rio Grande do Sul, 09 a 12 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_da_Saude/Farmacia/82648-OLIVIA_BERWANGER_BOUCHACOURT.pdf>. Acesso em: 11 Mai. 2018.

[6] BUENO, Cristiane Schmalz. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. Rev Ciênc Farm Básica Apl., Araquara, v. 30, n. 2, p. 203-210, 2009. Disponível

em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/601/826>. Acesso em: 13 Mai. 2018.

[7] TOURINHO, Francis S. V. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 416-422, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738165007/>. Acesso em: 13 Mai. 2018.

[8] SANTIN, Patrícia Oliveira Rocha. Farmácia domiciliar: uma caixa de surpresas. Visão Acadêmica, Curitiba, v.8, n.2, Jul. – Dez./2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/11672/8228>. Acesso em: 13 Mai.2018.

[9] SILVA, Joel Rocha. Avaliação do uso racional de medicamentos e estoque domiciliar. Ensaios e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: < http://www.redalyc.org/html/260/26025372008/>. Acesso em: 18 Mai. 2018.

[10] SOUSA, Hudson W. O. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. Revista Eletrônica de Farmácia, v. 5, n. 1, p. 67-72, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/4616/3938>. Acesso: 18 Mai. 2018.

[11] ARAÚJO, Amanda Luzia. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. Monografia de Conclusão do curso de Farmácia, Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8734/6/2014_AmandaLuziadeAraujo.pdf>. Acesso em: 18 Mai. 2018.

[12] SCHENKEL, Eloir Paulo. Como São Armazenados Os Medicamentos Nos Domicílios? Acta Farm. Bonaerense, Buenos Aires, v. 24, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/2/LAJOP_24_2_5_2_D695807SJ6.pdf>. Acesso em: 18 Mai. 2018.

[13] TABOSA, Maria Alice Maciel. Avaliação dos medicamentos descartados através do projeto "Destino certo de medicamentos" da Farmácia Escola Carlos Drummond de Andrade/UFPE (Parte I). Rev. Bras. Farm., v. 93, n. 2, p. 250-254, 2012. Disponível em: < http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-2-19.pdf>. Acesso em: 20 Mai. 2018.

[14] CASTRO, Helena C. Automedicação: entendemos o risco? Infarma, Brasília, v.18, n. 9/10, p. 17-20, 2006. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf17a20.pdf>. Acesso em 20 Mai. 2018.

[15] PEIXOTO, Joana Barbosa. Automedicação no adulto. Monografia de conclusão do curso de Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima, 2008. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/814/1/Monografia%20Joana%20-%20Automedica%C3%A7%C3%A3o%20no%20Adulto.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

[16] SILVA, José Antônio Cordero. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. Rev Bras Clin Med. São Paulo, v. 11, v. 1, p. 27-30, jan-mar, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3385.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

[17] CAMPANHER, Ronaldo. Descarte adequado de medicamentos: percepção socioambiental do empresário de drogarias frente à Logística Reversa. Dissertação (Mestrado), Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE, São João da Boa Vista, 2016. Disponível em: <http://www.fae.br/mestrado/dissertacoes/2016/DESCARTE%20ADEQUADO%20DE%20MEDICAMENTOS.pdf>. Acesso em: 19 Mai. 2018.

[18] KALINKE, Alana Chiapetti. Descarte de medicamento: situação atual, impactos e conhecimento da população. Revista Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 3, p. 525-530, set.-dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/3639/2495>. Acesso em: 19 Mai. 2018.

[19] FERNANDES, Wendel Simões. Automedicação e o uso irracional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. São José dos Campos, v. 21, n. 37, p. 5-12, jul, 2015. Disponível em: < https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/viewFile/265/259>. Acesso em: 15 Mai. 2018.

[20] SILVA, Flávio Martinez. Caracterização da prática de automedicação e fatores associados entre

universitários do curso de Enfermagem. Rev. Eletr. Enf., v. 16, n. 3, p. 644-651, jul.-set., 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a20.pdf>. Acesso em 15 Mai. 2018.

[21] BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Araraquara, v. 30, n. 2, p.75-82, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/ upload/S/1808-4532/2009/v30n2/a011.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2018.

[22] SCHENKEL, E. P.; FERNANDÉS, L. C.; MENGUE, S. S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? Acta Farmacêutica Bonaerense, Buenos Aires, v. 24, p. 266-270, 2005.

[23] FERNANDES LC, PETROVICK PR. Os medicamentos na farmácia caseira. In: Schenkel EP. Cuidados com os medicamentos. 4. ed. rev. e amp. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004. p. 39-42.

Capítulo 7

Farmácia domiciliar: Desafios quanto ao uso indiscriminado de medicamentos

Diego Pinto de Oliveira
Patrícia de Araújo Marques
Adriano Basílio
André Luiz M. Carvalho
Henrique Ferreira da Silva
Daniele Ramos Gomes
Vinícius Stefano dos Santos Morais
Luiz Henrique Ferreira Martins
Gabriella Cristine Almeida Carneiro

Resumo: O estoque doméstico de medicamentos é uma prática eficaz para manutenção da saúde da população em geral, porém possui riscos. O uso inadequado de medicamentos, assim como vencimento expirado dos mesmos, pode acarretar prejuízo à saúde. Foram visitadas vinte e uma residências e suas farmácias domésticas foram analisadas quanto à classe terapêutica, quantidade de medicamentos, data de vencimento, aquisição por prescrição médica ou própria. Uma quantidade considerável de medicamentos vencidos foi encontrada e consequentemente todas as pessoas envolvidas na abordagem receberam orientações quanto aos riscos do uso de medicamentos fora do padrão ideal. O objetivo deste estudo foi avaliar o estoque doméstico de medicamentos a partir de um roteiro pré-estabelecido por estudantes e professor do curso de farmácia da Faculdade de Ensino de Minas Gerais (FACEMG), contendo: nome comercial, princípio ativo, forma farmacêutica, indicação, prescrição, acondicionamento e se estava em uso. Os resultados apontaram uma quantidade grande de medicamentos vencidos, e muitos armazenados em cozinha, banheiro e o quarto. Observou-se alto índice de automedicações influenciadas pela mídia e terceiros. O uso inadequado de medicamentos pode trazer riscos, por isso, ações educativas ajudam a garantir a promoção e manutenção da saúde em domicílios.

Palavras-chave: Farmácia caseira, uso racional de medicamentos, uso inadequado e indiscriminado.

1. INTRODUÇÃO

Possuir um estoque de medicamentos nas residências é extremamente comum e, muitas vezes, uma prática eficiente para tratar de alguma enfermidade que possa acometer um membro da família. Porém, a automedicação, definida como o consumo de medicamentos sem prescrição ou orientação médica pela Organização Mundial de Saúde (OMS), deve ser realizada com cautela. Na maioria das vezes, a população leiga não tem consciência dos prejuízos que o uso inadequado de medicamentos pode trazer. Cerca de 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil tem finalidade de automedicação, sendo eles de diversas classes, desde analgésicos, até antibióticos. (Mastroianni *et al*, 2011). Estudar o consumo de medicamentos permite avaliar se o seu uso é justificado e conhecer que fatores o estão influenciando (Laporte *etal,*1989).

A farmácia caseira é composta, basicamente, por medicamentos utilizados no tratamento de sintomas agudos, os de uso contínuo, por sobras oriundas da fácil aquisição, por sobras de tratamentos anteriores, abandono do tratamento, pela aquisição de número maior de doses do que o necessário ou pelos utilizados em automedicação (Bueno; Weber; Oliveira, 2009). Além de favorecer o desperdício, esse estoque de medicamentos aumenta o risco de exposições tóxicas não intencionais, principalmente em crianças, e intencionais, com agravos à saúde (Schenkel; Fernandés; Mengue, 2005). Considerando todo o universo de intoxicações, das leves às graves, as mais comuns são provocadas por medicamentos, principalmente os ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos e anticonvulsivantes (SINITOX, 2009).

Margonato*etal*, em 2008, justifica tal estoque de medicamentos através da dificuldade do acesso aos mesmos no sistema público de saúde. A dificuldade de acesso a médicos e profissionais da saúde que possam recomendar ou prescrever medicamentos pode justificar a aquisição clandestina de medicamentos que necessitam de prescrição, tendo estes, um potencial de risco maior. O fato do medicamento ter se tornado uma ferramenta tão familiar, aumenta o risco de sua utilização irracional (Laporte, Tognoni, Rosenfeld, 1989).

Existem diversos riscos que envolvem o uso inadequado de medicamentos. Entre eles pode-se citar o risco de intoxicações acidentais por ingestão não apropriada, o uso incorreto de um medicamento para um fim que o mesmo não surtirá efeito. E também o armazenamento não adequado que pode afetar a eficiência e a segurança do uso do medicamento, assim como o prazo de validade expirado (Ferreira *et al,* 2005).

Para que fármacos exerçam o máximo da ação benéfica e o mínimo de efeitos adversos, é necessário que todos os medicamentos que compõe a farmácia caseira ou estoque doméstico de medicamentos, estejam armazenados de acordo com os padrões estabelecidos pelos fabricantes, garantindo assim que todas as suas condições de estabilidades física, química, microbiológica, terapêutica e toxicológica sejam preservadas, já que podem ser alteradas direta ou indiretamente pelos fatores intrínsecos e extrínsecos existentes.

Um dos maiores perigos da automedicação é a utilização de antibióticos sem orientação médica. O uso inadequado de antibióticos pode levar a um quadro de resistência bacteriana, fazendo com que o tratamento, posteriormente, seja de extrema dificuldade. De acordo com a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a venda de antibióticos no Brasil, é consideravelmente maior do que a venda de medicamentos analgésicos e antitérmicos. (Santos *et al,* 2017)

O local de armazenamento também merece uma atenção especial, pois é recomendado que seja seguro e arejado, de forma a manter os medicamentos fora do alcance das crianças, sem exposição à luz, ao calor ou à umidade, na embalagem original, identificados pelo nome comercial ou pelo princípio ativo e com data de validade e lote (Mastroianni *et al.*,2011).

Tendo como base a variedade e quantidade de medicamentos vendidos no Brasil para fins de automedicação e também os diversos riscos que tal prática pode acarretar, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Política Nacional de Medicamentos (PNM) propõem que, para o uso racional de medicamentos, é preciso estabelecer a necessidade do uso, receita do medicamento mais adequado de acordo com os ditames de eficácia e segurança, e que na receita conste a forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento e esteja disponível a um preço acessível e com os critérios de qualidade adequados.

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil do estoque doméstico de medicamentos em residências.

Os critérios de maior avaliação foram:

- Classes de medicamentos mais comuns, com análise quantitativa;
- Prazo de validade e quantidade de medicamentos vencidos;
- Condições de armazenamento e acondicionamento;
- Forma de aquisição;
- Ciência sobre o uso.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foram feitas visitas técnicas em vinte e uma residências nas cidades de Contagem, Ribeirão das Neves e Belo Horizonte, durante o mês de março de 2018, a fim de avaliar o perfil de medicamentos que é armazenado normalmente. A coleta de dados foi realizada nos domicílios durante uma visita onde foram considerados todos os medicamentos que haviam nas residências. Os moradores foram identificados apenas por sexo e idade, coletando dados individuais sobre quem usava os medicamentos encontrados. Os dados verificados sobre os medicamentos foram: forma farmacêutica, princípio ativo, nome comercial, indicação, armazenamento e acondicionamento, se estavam em uso, validade e forma de aquisição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados estatísticos dos resultados levantados pelo grupo, levando em conta todosos detalhes para melhor compor essa pesquisa, constatou que a quantidade de medicamentos encontrados vencidos foi significativa. Esquecer de um medicamento guardado e depois o reencontrar vencido e mesmo assim consumi-lo, foi um agravante observado. Quanto ao descarte desses medicamentos, ainda é um fator que necessita de informação a respeito do local adequado para tal descarte. Em todas as residências, os

medicamentos vencidos eram jogados no lixo comum, sendo o ideal entregá-los em postos de recolhimento para evitar possíveis intoxicações de pessoas e contaminação do meio ambiente.

Tabela 1 – Medicamentos segundo a classe terapêutica, relacionados com a quantidade, uso e aquisição

Classe terapêutica	Quantidade	Em uso	Intacto	Aquisição médica	Aquisição própria	Sabe do uso	
						Sim	*Não*
Analgésicos/ Antipiréticos	18	16	2	11	7	17	1
Anestésico tópico	6	6	0	4	2	4	2
Ansiolíticos	8	6	2	8	0	6	2
Antagonista adrenérgico	1	1	0	0	1	0	1
Antagonista dos leucotrienos	1	1	0	1	0	1	0
Antiácido	9	0	9	0	9	5	4
Antibacteriano tópico	7	6	1	5	2	6	1
Antibióticos	16	14	2	13	3	10	6
Antiemético	9	9	0	6	3	6	3
Antiespasmódico	6	6	0	3	3	4	2
Antifisético	13	11	2	9	4	2	11
Antifúngico	9	7	2	6	3	5	4
Antigripal	10	8	2	2	8	9	1
Anti-helmínticos	3	1	2	0	3	1	2
Anti-hipertensivo	9	6	3	9	0	9	0
Anti-histamínicos	8	6	2	3	5	7	1
Anti-inflamatório	15	13	2	6	9	12	3
Antisséptico	6	5	1	2	4	6	0
Antisséptico das vias urinárias	2	2	0	2	0	2	0
Antitussígeno	7	7	0	2	5	5	2
Antiulceroso	11	9	2	6	5	7	4
Antivariçoso tópico	2	2	0	2	0	2	0
Cicatrizante	5	5	0	2	3	3	2
Contraceptivo	9	8	1	8	1	9	0
Descongestionante vaporizante	2	2	0	0	2	2	0
Diuréticos	8	6	2	8	0	3	5
Eletrolítico	8	0	8	4	4	6	2
Expectorante	5	5	0	2	3	3	2
Fitoterápico	8	8	0	2	6	2	6
Hepatoprotetores	6	6	0	0	6	4	2
Hipercolesterolemia	4	3	1	4	0	3	1
Hipoglicemiantes	9	7	2	9	0	8	1
Imunoestimulante	1	1	0	1	0	1	0
Laxativo	6	4	2	2	4	4	2
Lubrificante ocular	2	2	0	2	0	2	0
Polivitamínicos	12	9	3	4	8	9	3

Fonte: Elaborado pelos autores

Observou-se nas residências em destaque que os maiores números de comprimidos são analgésicos/antipiréticos, seguidos de antibióticos e anti-inflamatórios,

mesmo com a resolução RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011 (Anvisa), que proibi a venda de antibióticos sem prescrição médica, em algumas residências foram encontrados esses medicamentos adquiridos sem a necessidade de apresentação da receita no ato da compra.

A quantidade de medicamentos vencidos é significativa, porém os mesmos não estavam em uso e foram encaminhados para os pontos de coleta que estão disponíveis em algumas drogaria e postos de saúde na cidade de Belo Horizonte.

No Brasil, segundo a Anvisa, todos os anos vencem 14 mil toneladas de medicamentos e não há lei que determina o local adequado para o descarte. Desde o ano de 2011, a Anvisa vem tentando inserir no Brasil um debate sobre o assunto, afim de traçar diretrizes para o correto descarte de medicamentos vencidos e/ou em desuso (Andrade e Orozco, 2017), no entanto até o segundo semestre do ano de 2017, tal proposta não foi concretizada.

Um fato preocupante é que uma grande parte dos medicamentos se encontravam sem bula. Segundo Gasparini *et al,* em 2011, 65,85% dos casos analisados em seu trabalho, continham medicamentos sem bula. Apesar da maioria dos residentes relatarem ter conhecimento da finalidade do medicamento, a bula é um documento indispensável para seu uso, contendo não somente instruções de uso, mas também os cuidados que se deve ter com o medicamento e suas interações medicamentosas.

Tendo um total de 261 medicamentos encontrados, cerca de 79,7% dos medicamentos estavam em uso e 20,3% se encontravam em caixas fechadas e intactas. Pode-se observar através da *tabela 1* que os medicamentos que não estão em uso, exclusivamente intactos, são medicamentos de uso periódico e de acordo com a necessidade, como os antiácidos e os eletrolíticos.

Um grande destaque em relação à farmácia no Brasil é o uso inadequado de medicamentos, muitas vezes adquiridos de forma indevida. Uma grande quantidade de medicamentos que necessitam de receita médica é adquirida de forma clandestina e muitas das vezes utilizados de forma inadequada. Simões *et al,* em 1985 já dizia que nenhum medicamento é inofensivo ao organismo, e seu uso errôneo pode causar mais prejuízos do que benefícios. Na análise realizada, 43,3% dos medicamentos foram adquiridos por conta dos pacientes, sem prescrição médica e 56,7% foram obtidos com recomendação médica.

Os medicamentos em maior quantidade de aquisição própria foram anti-inflamatórios e antiácidos, e os com prescrição médica foram os antibióticos e analgésicos/antipiréticos. Os hepatoprotetores, descongestionantes, antiácidos, antagonistas adrenérgicos e anti-helmínticos foram exclusivamente adquiridos por conta do paciente. É válido destacar que 3 antibióticos não foram de recomendação médica e o uso inadequado dos mesmos pode levar a um quadro de resistência bacteriana, dificultando o tratamento. Os medicamentos que foram adquiridos exclusivamente por recomendação médica são de uso restrito, indicados para condições específicas como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e ansiolíticos.

Outra observação possível é que apenas 8 medicamentos eram fitoterápicos, mostrando uma preferência para medicações alopáticas e não naturais por parte da população analisada. As classes entre os medicamentos encontrados que os pacientes não possuíam conhecimento a respeito de sua finalidade eram anti-helmínticos, antagonista

adrenérgico, antifisético, diuréticos e fitoterápicos, o que mostra interesse e cuidado com o uso indevido de remédios.

5. CONCLUSÃO

Na análise realizada do presente trabalho, mais de 40% dos medicamentos encontrados foram adquiridos por conta do próprio paciente. O armazenamento de medicamentos pela população para fins de automedicação é uma prática comum no Brasil, apesar da população não prestar a devida atenção aos perigos que o uso indevido de medicamentos pode acarretar.

As farmácias caseiras são compostas por diversos medicamentos de várias classes, tendo eles sido recomendados por médicos ou não.

A maioria das famílias não armazenava os medicamentos de forma adequada mantendo-os, muitas vezes ao alcance de crianças, o que pode levar a intoxicações, além de deixá-los expostos a luz, calor e umidade, podendo resultar na perda de eficácia por degradação dos princípios ativos. O conhecimento a respeito da finalidade e cuidados com o uso parece estar evoluindo no país, apesar de ainda se encontrar medicamentos controlados adquiridos de forma clandestina. Existe, também, a necessidade de fornecer informações a respeito do descarte adequado para medicamentos vencidos.

REFERÊNCIAS

[1] MASTROIANNI, P.C., LUCCHETTA, R.C., SARRA, J.R., GALDURÓZ, J.C.F. **Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil**. Rev. Panam Salud Publica. 2011; 29(5):358–64.

[2] MARGONATO, F.B., THOMSON, Z., PAOLIELLO, M.M.B. **Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil**. CadSaude Publica. 2008;24(2):333– 41.

[3] FERREIRA, W.A; SILVA, M.E.S.T; PAULA, A.C.C.F.F; RESENDE, C.A.M.B.**Avaliação de farmácia caseira no município de Divinópolis (MG) por estudantes do curso de Farmácia da Unifenas.**Infarma. v.17, nº 7/9, 2005.

[4] SANTOS, A.N; RODRIGUES, L.R.N; SILVA, S.F; BRASIL, D.P; GAMBARRA, W.P.T. **O uso de antibióticos sem prescrição médica por profissionais da saúde em Campina Grande-PB.** Universidade Estadual do Vale do Acaraú.II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017.

[5] GASPARINI, J.C; GASPARINI, A.R; FRIGIERI, M.C. **Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva-SP.**Ciência& Tecnologia: FATEC-JB, Jaboticabal, v. 2, n. 1, p. 38-51, 2011. ISSN 2178-9436.

[6] BUENO, C.S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R. **Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS**.RevCiêncFarm Básica Apl. 2009;30(2):203-210 ISSN 1808-4532. 2009.

[7] SCHENKEL, E.P; FERNÁNDES, L.C; MENGUE, S.S. **Como São Armazenados Os Medicamentos Nos Domicílios?**Acta Farmacêutica Bonaerense - vol. 24 n° 2. 2005.

[8] MESSIAS, M. C.F. **Farmácia caseira: como garantir a qualidade dos medicamentos armazenados?** Educação em foco, Atibaia/SP, v.18, n. 1, p. 87-96, mar 2013.

[9] MELO, Daniela Oliveira de, RIBEIRO, Eliane, e STORPIRTIS, Sílvia. (2006). **A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos**. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, *42*(4), 475-485.

[10] CRUZ, Maria Jesus Barreto, AZEVEDO, Alex Braga, BODEVAN, Emerson Cotta, ARAÚJO, Lorena Ulhôa, eSANTOS, Delba Fonseca. (2017). **Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no**

Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate*, *41*(114), 836-847.

[11] SIMÕES, M.J.S; FILHO, A.F. **Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil)**. Departamento de Ciências Biológicas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". São Paulo, 1985.

[12] **Automedicação.** Conselho Federal de Farmácia. Folder Informativo. Brasília, Distrito Federal, 2016.

[13] World Health Organization. **The rational use ofdrugs: reportoftheconferenceof experts**. Nairóbi 1985 jul. 25-29. Geneva: WHO; 1987.

[14] Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

[15] AQUINO, D.S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. Dez, 2007.

[16] **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

[17] ESHER, A.; COUTINHO, T. **Uso racional de medicamentos, farmaceuticalização e usos do metilfenidato.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(8):2571-2580, 2017.

[18] SINITOX, **Dados de intoxicação**. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>. Acesso em: 17 mai.2018.

[19] ANVISA, **RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>. Acesso em: 17 mai.2018.

[20] ANDRADE, J.C; OROZCO, M.M.D. **Avaliação do manejo de medicamentos vencidos nas farmácias e drogaria do município de JI- Paraná, Rondônia.**VIII Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental Campo Grande/MS – 27 a 30/11/2017.

Capítulo 8

Importância da intervenção farmacêutica na dispensação de medicamentos críticos

Diego Pinto de Oliveira
Laura Gonçalves Fiqueiredo Chagas
Cleverson Ferreira Martins
Mateus Alves Rodrigues
Michel Franklin Machado Batista
Vinícius Stefano dos Santos Morais
Luiz Henrique Ferreira Martins
Gabriella Cristine Almeida Carneiro
Patrícia Gardênia Assis Souza

Resumo: Promover o acesso e uso racional de medicamentos é responsabilidade da população como um todo e principalmente do setor público, onde o farmacêutico tem papel de destaque. A omissão neste sentido apresenta graves consequências para a saúde da população devido aos riscos que esse uso indevido proporciona. Esses fatores refletem na necessidade de intervenção do profissional farmacêutico a fim de orientar quanto ao uso adequado de medicamentos, neste sentido, o farmacêutico passou de exercer uma função apenas administrativa, no controle e programa de estoques e recursos financeiros, para uma prática próxima ao paciente, tendo o medicamento como ferramenta para promoção de saúde e bem estar, orientando o paciente, exercendo assim a dispensação farmacêutica de fato. A atribuição vai além de somente cumprir a legislação, que prevê a obrigatoriedade de apresentação e retenção das receitas para a dispensação de medicamentos, mas compreende a transmissão de informações, treinamento e interação com os pacientes e profissionais que fazem parte do processo. Também é responsável por orientar e controlar o uso de determinados medicamentos, desempenhando o papel de transmitir as informações necessárias para os pacientes sobre o risco do uso de medicamentos como antibióticos sem uma indicação médica. Conclui-se, então, que o farmacêutico tem papel fundamental na dispensação e prevenção do uso indevido de medicamentos, em farmácias, drogarias ou no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: prescrição; retenção de receita; medicamentos controlados; saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos se faz indispensável com grande amplitude na sociedade contemporânea e compreende diversos elementos aos quais as pessoas que os usam estão sujeitas. Dentre esses elementos estão os benefícios inerentes ao seu uso, os riscos de efeitos adversos, o custo que representam para o indivíduo e a comunidade onde vive.

Destaca-se também a exploração a que estão sujeitas as pessoas no momento de necessidade o, o acesso das diferentes camadas sociais aos mesmos e o envolvimento do setor público com vistas a proporcionar informação, qualidade e amparo à população, principalmente no que se refere ao acesso aos medicamentos (GUTTIER *et al.*, 2017).

Os farmacêuticos e pesquisadores, juntamente com a indústria farmacêutica são responsáveis pelo descobrimento e fabricação de importantes medicamentos disponíveis hoje em dia e exercem, assim, uma função pública vital. Contudo, diante dos fascinantes resultados que se pode alcançar com o uso de medicamentos, por necessidade ou mesmo por questões de estética ou particulares, as pessoas (incluindos os prescritores) podem negligenciar as possíveis implicações desfavoráveis e as distintas maneiras de exploração que podem estar por trás da dinâmica do uso de medicamentos, muitas vezes de modo velado (BARBOSA; SILVA, 2017).

Provocar o uso de medicamentos dinâmicos, garantidos e de maneira racional, não se admitir que os usuários sejam explorados pelo comércio e tornar os medicamentos um recurso acessível a todas as classes da sociedade são ações que não podem ser concretizadas pelas pessoas de forma individualizada, assim, as mesmas estão à serviço dos órgãos públicos, o que caracteriza o papel fundamental do farmacêutico em orientar e controlar o uso de medicamentos de forma racional e dinâmica.

Diversas são as decorrências graves da automedicação, entre elas estão às intoxicações, reações alérgicas, dependência e em determinados casos, a pessoa pode chegar a morte (LAGARES, 2015). Conforme os dados divulgados pelo Abifarma cerca de 20 mil pessoas chegam ao óbito anualmente, vítimas da automedicação. Esse fato se deve em partes a hábitos da vida contemporânea e o problema de acesso aos médicos e consultas, o que transforma a automedicação uma prática ameaçadora (ABIFARMA, 2016).

Leva-se em conta que a metade de todos os medicamentos são sugeridos, dispensados ou vendidos de modo inadequado e que a parte dos pacientes não utilizam seus medicamentos de forma correta (OMS, 2000). A morbidade e mortalidade relacionadas a enfermidades crônicas tais como hipertensão, diabetes, epilepsia e enfermidades mentais muitas vezes são consequência da falta de acesso e/ou doses inadequadas de medicamentos (OMS, 2002).

O objetivo desse estudo é fazer um levantamento e analise na literatura sobre a importância do farmacêutico na venda e dispensação de medicamentos bem como traçar um panorama sobre a importância da regulação das prescrições médicas nas farmácias brasileiras visando contribuir para o uso racional dos medicamentos e para o aperfeiçoamento deste uso no Sistema Único de Saúde.

2. REVISÃO TEÓRICA

Os pacientes e consumidores não têm os meios para realizar avaliações de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, assim, existe “uma assimetria de

dados" entre eles e os que fabricam e comercializam medicamentos (OMS, 2003). Define-se "uso racional de medicamentos" quando os pacientes recebem o medicamento correspondente às suas necessidades clínicas, nas doses apropriadas às suas necessidades individuais, durante um tempo apropriado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade (OMS, 1985).

Entre os elementos fundamentais para que se tenha uma política de regulamentação farmacêutica efetiva estão: a obrigação do governo com a regulação farmacêutica, inclusive a necessidade de dotá-la de um embasamento jurídico sólido e recursos humanos e financeiros adequados, a independência e transparência do organismo de regulação farmacêutica, além do trabalho conjunto entre o referido organismo e o Ministério da Saúde (OMS, 2002).

No Brasil, apesar da lei sobre controle sanitário do comércio de drogas (BRASIL, 1976) e as sanções antevistas ao seu inadimplemento (BRASIL, 1977), se fazia necessária uma regulação mais efetiva no que se refere à vigilância sanitária, foi então que em 1999 o governo brasileiro criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, definida como autarquia sob regime especial, a qual foi caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira.

A finalidade institucional da ANVISA é promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (BRASIL, 1999).

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Para a OMS (2003), uma política nacional de medicamentos é um compromisso com um objetivo e um guia de ação. Expressa e prioriza os escopos constituídos pelo governo, a médio e longo prazo, para o setor farmacêutico e define as táticas fundamentais a serem conseguidas. Apresenta os limites dentro do qual se podem classificar as atividades do setor farmacêutico. Abrange os campos tanto públicos quanto privados e implica a todos os que fazem parte da área farmacêutica (GUTTIER *et al.,* 2017).

A saúde de uma população está inteiramente associada às políticas sociais e econômicas (BRASIL,1996). Existem mecanismos infundados de financiamento da saúde, em que as pessoas precisam adotar a responsabilidade de enfrentar o custo dos medicamentos fundamentais de que precisam e nestas conjunturas, as pessoas pobres e enfermas com menor condição financeira suportam a carga mais densa (OMS, 2000). Em países cujas políticas governamentais não estão adequadas para proteger as necessidades dos mais pobres, estes podem ver recusado o acesso aos medicamentos (BARBOSA; SILVA, 2017; OMS, 2002).

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde exibe os seus princípios determinados na Constituição Federal de 1988, no Título VIII, da Ordem Social, em seu artigo 196, que garante (BRASIL, 1988): "A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à diminuição do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Posteriormente, foi estabelecido que cabe ao SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, constituindo-se assim o acesso a medicamentos um direito da população brasileira (BRASIL,1990). Regularizada nesses princípios, a preparação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), situada nas ações de assistência farmacêutica integral, se tornou uma qualidade estratégica essencial para a real implantação do SUS (MARIN *et al.,* 2013).

Em 30 de outubro de 1998 foi instituída a Portaria n. 3.916 que sancionou a PNM que, como parte fundamental da Política Nacional de Saúde, estabelecendo um dos dados principais para a real prática de ações competentes para promover o progresso das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 2001).

Aprovada pela Comissão inter-gestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como finalidade garantir a imprescindível segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso coerente e o acesso da população àqueles analisados como fundamentais. "Com essa finalidade, suas fundamentais diretrizes são: o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e o seu regulamento sanitária" (BRASIL, 2001)

Por ocasião da aprovação da PNM, foi identificado o seguinte cenário quanto à situação da assistência farmacêutica no Brasil (BRASIL, 2011):

- O montante de atividades desenvolvidas em 1996 pelo setor público de saúde no Brasil - compostos pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS, dos quais constavam a concretização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações em hospitais, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas ofereciam uma dimensão do desafio a ser encarado.
- Convivendo com um dos piores níveis de distribuição de renda do mundo, a iniquidade quanto às condições de vida se refletia também no acesso aos medicamentos (MARIN *et al.,* 2013).
- Os indicadores demográficos demonstravam clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer influenciando qualitativa e quantitativamente o consumo de medicamentos. Uma das consequências do processo de envelhecimento é o aumento da demanda de medicamentos de uso contínuo, destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, reumáticas e do diabetes.
- Era identificada também uma desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde, falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, o que diminuía, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.
- Outro problema identificado era a existência de um processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, promovendo um aumento na demanda por medicamentos (BRASIL, 2011).

2.2. POLÍTICA DE GENÉRICOS NO BRASIL

Em consequência do alto custo que o uso de medicamentos representa para a sociedade, se faz necessário enfrentar desafios para reduzir a dependência externa e os preços e custos dos mesmos. Na década de 1990, a política de medicamentos genéricos foi identificada como uma alternativa viável para este enfrentamento nos países em desenvolvimento (SILVA; RODRIGUES, 2019). A forma de comercialização dos medicamentos genéricos retira dos representantes de laboratórios a função de fator primordial no processo de difusão do medicamento e a repassa ao farmacêutico e ao balconista. Através da concorrência de preços com os produtos de marca e com os medicamentos inovadores, esta política pode atuar como forma de regulação do mercado (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Em 1999 a política de medicamentos genéricos foi estabelecida no Brasil através da Lei 9.787 (BRASIL, 1999), conhecida como "lei dos genéricos", publicada no Diário Oficial da União em 11 de fevereiro de 1999. Nessa época houve intensa divulgação do governo em relação à redução dos custos dos tratamentos feitos com medicamentos genéricos, havendo também grande cobertura da mídia (MANHÃES; HASENCLEVER, 2018).

Merece destaque o artigo 3º da Lei 9.787 (BRASIL, 1999c), haja vista o grande número de medicamentos prescritos no âmbito do SUS pelo nome comercial, configurando um frequente descumprimento da mesma: "As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)" (FONSECA; SHADLEN, 2017).

Os primeiros genéricos foram registrados quase seis meses depois da publicação da Resolução n. 391 (BRASIL, 1999). A resistência por parte da indústria farmacêutica foi grande, inclusive fornecendo carimbos, etiquetas e receituários já impressos aos médicos com frases com conteúdo similares a "não substituir por genéricos" (GUTTIER *et al.*, 2017).

Foi realizada pela ANVISA (2002) uma pesquisa junto aos médicos: Que no momento da implantação dos genéricos, certificou que 78% dos médicos se mostrassem de forma positiva sobre a qualidade dos genéricos, mas 80% das receitas aviadas eram de medicamentos de referência. Isso mostrou que as ações dirigidas aos médicos se mostravam primordiais, pois, em 71% dos casos examinados, os consumidores compraram o medicamento na forma prescrita.

Após este enfrentamento inicial, segundo informações de empresa especializada no mercado farmacêutico mundial, o mercado brasileiro de genéricos, entre 2001 e 2002, cresceu 45,3% e representava 5% das vendas de produtos farmacêuticos em setembro de 2002. No primeiro trimestre de 2006, as vendas de genéricos somaram uma alta de 62%, demonstrando ser um mercado em franca expansão (ANVISA, 2006).

Em abril de 2004 os medicamentos genéricos totalizavam 1.124 medicamentos registrados na ANVISA, divididos em 270 fármacos, passando a 2.043 medicamentos registrados, divididos em 317 fármacos em setembro de 2006 (ANVISA, 2006).

O sucesso da política de medicamentos genéricos beneficiou, especialmente, as pessoas com doenças crônicas, que consomem os medicamentos de forma contínua. Após a introdução dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro, entre os tratamentos

que ficaram mais baratos estão o de diabetes, que caiu 34 a 37% (dependendo do medicamento adotado), o de hipercolesterolêmica, cuja queda de preço variou de 39 a 57%, e o de hipertensão, cerca de 53% (CRF/SP, 2003; BARBOSA; SILVA, 2017).

Os quatro principais fatores que influenciam a utilização de medicamentos genéricos e o êxito dos programas de genéricos são: a legislação de apoio, a capacidade de garantir a qualidade, a aceitação por parte dos prescritores e do público e os incentivos econômicos, sendo que a qualidade é imprescindível para que os prescritores e o público confiem plenamente nos produtos genéricos (OMS, 2002).

Embora, na maioria das vezes, ao se analisar a política de medicamentos genéricos sejam muito enfatizadas as questões relacionadas ao custo e acesso, o uso do nome genérico oferece outros benefícios fundamentais relacionados ao uso racional de medicamentos: possibilita a todos os envolvidos, tanto profissionais de saúde como pacientes, informação isenta sobre o medicamento, além de evitar a complexidade que envolve o conhecimento do uso de medicamentos quando se trata de diversos nomes comerciais a serem conhecidos (VASCONCELOS *et al.,* 2017).

2.3. DA PRESCRIÇÃO DE RECEITAS MÉDICAS

Estima-se que a metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada e que a metade dos pacientes não tomam seus medicamentos corretamente. A morbidade e mortalidade relacionadas a enfermidades crônicas como hipertensão, diabetes, epilepsia e enfermidades mentais muitas vezes são consequência da falta de acesso e/ou doses inadequadas de medicamentos (VALADÃO *et al.,* 2019).

Alguns tipos frequentes de uso irracional de medicamentos são o uso demasiado de medicamentos pelos pacientes (polifarmácia), o uso inadequado de medicamentos antimicrobianos, muitas vezes em doses incorretas, para infecções não bacterianas (viroses), o uso excessivo de injeções em casos nos quais seriam mais adequadas formulações orais e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas (FIRMO *et al.,* 2017).

A prescrição é um documento legal, pelo qual se responsabiliza quem prescreve e dispensa o medicamento, e por isso envolve questões de âmbito legal, técnico e clínico, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (FUCHS *et al.,*2018). A qualidade e quantidade do consumo de medicamentos são direcionados pela prescrição, sendo que sofre inúmeras influências, que vão desde a oferta de produtos e as expectativas dos pacientes até a propaganda das indústrias produtoras (PEPE; TRAVASSOS, 2015).

A legislação brasileira prevê que somente será aviada a receita: (BRASIL, 2001)

- que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo conselho profissional.

Existem vários métodos estabelecidos para medir o tipo e o grau de uso irracional de medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem preconizado o uso de indicadores selecionados da OMS/INRUD. A principal finalidade da aplicação desses indicadores é definir um número limitado de parâmetros que permitam descrever a situação de um país, região ou centro de saúde no que se refere ao uso de medicamentos (OMS, 2002).

Os indicadores são distribuídos em três grupos: indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores sobre o serviço. Esses parâmetros são considerados de primeiro nível concebidos para estimular uma análise mais profunda e orientar medidas subsequentes (FIRMO *et al.,* 2017).

As metodologias da Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC) ou a Dose Diária Definida (DDD) podem ser utilizadas para comparar o consumo de medicamentos entre as distintas instituições, regiões e países (VALADÃO et al., 2019). Estes estudos são convenientes para desenhar as intervenções e medir o impacto que elas têm sobre o uso de medicamentos (OMS, 2002).

O uso racional de medicamentos envolve diversos componentes fundamentais que se co-relacionam entre si. Um exemplo é a regulação farmacêutica, pois, caso os prescritores seguem os protocolos clínicos, prescrevendo medicamentos essenciais e pela denominação genérica e o mercado ofereça medicamentos ineficazes, nocivos ou de má qualidade podem ocorrer fracassos terapêuticos, agravamento das enfermidades, farmacorresistência e em algumas ocasiões a morte dos pacientes, além de diminuir a confiança nos sistemas sanitários, nos profissionais de saúde e nos fabricantes e distribuidores de produtos farmacêuticos (OMS, 2003).

2.3.1. REGULAÇÃO FARMACÊUTICA

Os pacientes e consumidores não dispõem dos meios para efetuar avaliações independentes da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, portanto, existe "uma assimetria de informação" entre eles e os que fabricam e vendem medicamentos (OMS, 2003).

Entre os aspectos fundamentais para que haja uma política de regulação farmacêutica efetiva estão: o compromisso do governo com a regulação farmacêutica, inclusive a necessidade de dotá-la de uma base jurídica sólida e recursos humanos e financeiros adequados, a independência e transparência do organismo de regulação farmacêutica, além do trabalho conjunto entre o referido organismo e o Ministério da Saúde (OMS, 2002).

No Brasil, apesar da legislação sobre controle sanitário do comércio de drogas e as sanções previstas ao seu descumprimento, se fazia necessária uma regulação mais efetiva no que se refere à vigilância sanitária, foi então que em 1999 o governo brasileiro criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, definida como autarquia sob regime especial, a qual foi caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, tendo por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (FERRARI *et al.,* 2013).

Dentre as várias atividades realizadas pelo farmacêutico, a dispensação de medicamentos é uma das principais, atividade que possibilita ao farmacêutico determinar uma relação de proximidade e confiança com o paciente, assegurando a entrega apropriada e lógica dos medicamentos. Desse modo, para todo medicamento sujeito à receita de um profissional licenciado, antes de sua dispensação, o farmacêutico é responsável pela adequada interpretação e avaliação da prescrição, precisando fazê-lo com embasamento em perspectivas terapêuticas (farmacêuticos e farmacológicos), sociais, econômicas e jurídicas (legislação) aspectos atuais) (VALADÃO *et al.,* 2019).

Com base no cumprimento dos aspectos legais e considerando os medicamentos que estão sujeitos ao controle da Portaria SVS / MS nº 344/98, norma que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. A fiscalização do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF) esclarece que é dever do farmacêutico considerar, para a dispensação de tais medicamentos, os modelos de prescrição recomendados para cada tipo de medicamento e seu prazo de validade após a emissão, dados de preenchimento obrigatório e prazo de validade da receita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Assim, com o objetivo de otimizar a busca dessas informações pelo farmacêutico, facilitando sua atividade diária e proporcionando o cumprimento do disposto na legislação em vigor. Uma vez que o descumprimento pode constituir infração sanitária e ética, segue abaixo um resumo com as principais informações nas listas de substâncias sob controle da Portaria SVS / MS nº 344/98 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ressalta-se também que os adendos às listas de controle A1, A2 e B1 devem ser sempre considerados e observados, pois trazem algumas exceções quanto ao tipo de prescrição que se aplica a algumas substâncias (exemplos: Codeína, Tramadol, Fenobarbital, Zolpidem) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além disso, os medicamentos das listas de controle "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial), "C4" (antirretrovirais), "C5" (anabolizantes) e dos adendos das listas "A1" (narcóticos); “A2” (entorpecentes) e “B1” (psicotrópico) da Portaria SVS / MS nº 344/98 e suas atualizações, as quais estão sujeitas à prescrição em controle especial de prescrição em 02 (duas vias), observado o disposto no art. 84 da Portaria SVS / MS nº 06 de 1999, também pode ser dispensada quando prescrita em receita comum, desde que esta também seja emitida em 02 (duas) vias e contenha todos os dados obrigatórios (identificação do emissor e do usuário; dados do medicamento; data de emissão); assinatura do prescritor) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo o Art. 1º da RDC nº 20/2011, a retenção de receita e escrituração no SNGPC é necessária para os medicamentos que estejam listados no Anexo I da resolução (Lista de antimicrobianos registrados na Anvisa) e que sejam de venda sob prescrição médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Conforme o Art. 5º da RDC nº 20/2011, a prescrição deve apresentar a identificação do emitente (prescritor): identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica (carimbo) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3. METODOLOGIA

O presente estudo baseia-se em pesquisa bibliográfica através das bases de dados: Scielo, Google acadêmico, livros, artigos científicos, monografias e teses colhidas de bibliotecas e acervos virtuais de universidades, com objetivo de uma leitura seletiva para avaliar importância da regulação das prescrições médicas nas farmácias brasileiras. Foram utilizadas palavras chaves como: prescrições médicas, venda de medicamentos retenção de receita.

Do mesmo modo, os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão foram: artigos publicados em português, com os textos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2005 a 2021 e como critérios de exclusão, foram eleitos: editoriais e reportagens (revistas virtuais não indexadas) contendo publicações anteriores ao ano de 2005.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento desse estudo foram coletados 17 artigos para a obtenção dos resultados apresentados neste trabalho. A divisão dos temas levantados foram, 3 artigos sobre normalização e erros em prescrições médicas dos seguintes autores (FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; CUNHA, C.L.F.; TORRES, A.G.; BUCCINI, D.F, 2017; FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C, 2018; VALADÃO, A. F.; MOREIRA, A. L. P., ANDRADE, L. C.; PIRES, C. A.; FIRMINO, K. F.; BRUM, C. A 2019)

Prescrição e medicamentos genéricos foram encontrados 5artigos dos respectivos autores (BARBOSA K, SILVA E 2017; FONSECA EM SHADLEN KC.2017; GUTTIER MC, SILVEIRA MPT, LUIZA VL, BERTOLDI AD.2017; MANHÃES E, HASENCLEVER L. A. 2017; SILVA KP, RODRIGUES SL 2019).

Medicamentos e prescrições de antimicrobianos foram encontrados 4 autores mais a RDC para referenciar no trabalho (BRASIL, Resolução da Diretoria Colegiada no 20, de 5 de maio de 2011, JACOBY, T. S 2004, LOPES-JUNIOR R 2011, TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D; MUCCILLO-BAISCH 2008, THIAGO, C. C.; BARROS, J. A. C.; JIMENEZ, S. M. C. 2009)

Foram referenciados 4 autores de artigos e uma revista sobre automedicação sendo eles, (ABIFARMA 2016, LAGARES, T.2021, NAVES, J. O. S., et al.2018, THIAGO, C. C.; BARROS, J. A. C.; JIMENEZ, S. M. C. 2009). Sobre o uso racional de medicação foram referenciados, (AQUINO D. S. 2008 e a OMS, 1985)

Sobre a prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos, (FERRARI, C. K. B.; BRITO, L. F.; OLIVEIRA, C. C.; MORAES, E. V.; TOLEDO, O. R.; DAVID, F. L. 2013, FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; CUNHA, C.L.F.; TORRES, A.G.; BUCCINI, D.F. 2017)

Sob este prisma, a avaliação crítica da pesquisa compreende que os medicamentos salvam vidas e melhoram a saúde, porém, somente quando são acessíveis e usados de forma racional (AQUINO, 2008).

No setor saúde, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, representando o segundo maior gasto dentro do SUS, perdendo apenas para os recursos humanos (LAGARES, 2015).

No mesmo sentido, acredita-se que nas UBS (unidades básicas de saúde) haja uma prevalência de consultas relacionadas a doenças de evolução crônica como hipertensão, diabetes tipo II, depressão e ansiedade. Essas patologias são muito frequentes e há

programas específicos destinados ao controle das mesmas, ao qual se destina ao controle de hipertensão e diabetes. Sendo assim, entende-se que a prescrição contempla de forma bastante satisfatória os medicamentos destinados ao controle dessas patologias (BARBOSA; SILVA, 2017).

Entende-se que conforme a interpretação dos achados, a forma como estão organizadas as intervenções no processo saúde-doença é um dos elementos que afeta a prescrição e a utilização dos medicamentos. O Brasil vem passando por mudanças no modelo de assistência à saúde de acordo com as necessidades e com o entendimento vigente em cada época. Uma dessas mudanças seria a atenção básica. A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. As unidades oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, curativos, visitas domiciliares, atividade em grupo nas escolas, educação em saúde, entre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (FIOCRUZ, 2013)

Pelos resultados obtidos na pesquisa de Silva e Rodrigues (2019) percebe-se a necessidade de se conscientizar os prescritores da necessidade e obrigatoriedade legal de se prescrever os medicamentos pelo seu nome genérico, viabilizando assim a concorrência entre os diferentes fabricantes do medicamento prescrito e, consequentemente, um maior acesso da população, além de promover o uso racional de medicamentos.

Portanto, com um tratamento bem detalhado em um receituário, e com o acompanhamento de um farmacêutico clinico auxiliando na escolha dos medicamentos, instruindo como seria a via de administração e o tempo terapêutico e não se prendendo somente ao lado comercial, mas ao lado humanizado. Da mesma maneira, diminuindo os efeitos colaterais, contraindicações, ação rápida da forma farmacêutica apropriada e posologia simples devem ser usadas por um curto espaço de tempo (VASCONCELOS et al., 2017).

Contudo, para que se possam aplicar estratégias adequadas no sentido de promover o uso racional de medicamentos é necessário conhecer, o tipo de uso irracional (problemas específicos), o volume (dimensão do problema) e os motivos pelos quais se utilizam de modo irracional os medicamentos “muitas vezes existem razões perfeitamente racionais para utilizar os medicamentos de forma irracional” (FONSECA, SHADLEN, 2017).

4.1. INDICADORES DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Para Firmo *et al.,* (2017) a média global da pesquisa foi de 24,3% de consultas em que se prescreve ao menos um antibiótico. Percebe-se que o índice e o número de medicamentos por cada consulta apresentam particularidades quanto ao perfil das diferentes clínicas, portanto, o mesmo deve ser utilizado para comparar grupos de contatos que guardem relação um com o outro. Esse achado pode ser consequência do perfil dos medicamentos padronizados e das patologias mais demandadas (FIRMO *et al.,* 2017).

Para muitos dos indicadores utilizados o valor ideal é óbvio, sendo que se pressupõe que valores próximos de 100% indicam as melhores condições de gerenciamento e uso do medicamento como é o caso dos indicadores que verificam os aspectos ligados ao uso do nome genérico, conformidade com a LMP e RENAME, fornecimento aos pacientes e, quanto ao preenchimento da prescrição, através da aposição do carimbo de identificação do prescritor e registro da data de prescrição, posologia e período de tratamento (VALADÃO *et al.,* 2019).

4.2. PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dentre os problemas mais recorrentes em prescrições, se enquadram no descumprimento à Lei n. 5.991, tomando-se por base que a prescrição que não preencher os requisitos avaliados pelos referidos indicadores não podem ser aviadas: porcentagem de receitas que não apresentam carimbo do prescritor nem o número do conselho de classe, porcentagem de receitas que não apresentam data de prescrição, porcentagem de medicamentos prescritos sem posologia expressa adequadamente e porcentagem de medicamentos prescritos em que se grafou na receita o período de tratamento (LOPES-JUNIOR, 2011).

A falta de identificação do prescritor, além de ilegal, pode, com certa frequência, levar ao uso irracional de medicamentos, pois, tanto no momento em que o paciente apresenta a receita para ser atendida no balcão da farmácia, quanto no momento em que vai fazer uso dos medicamentos, a interpretação da mesma pode gerar as mais diversas dúvidas, principalmente devido à ilegibilidade de muitas receitas, além de termos utilizados nas prescrições que nem sempre são entendidos pelo balconista da farmácia e muito menos pelos pacientes. Nessas situações, o contato com o profissional prescritor é de vital importância no sentido de evitar o uso incorreto de medicamentos. Caso o prescritor seja identificado de imediato, através do carimbo, a solução para o problema pode demandar pouco esforço, pois, através de uma ligação telefônica a dúvida pode ser esclarecida. Caso não haja identificação imediata do prescritor, o esforço que demanda identificar o mesmo pode desencorajar o paciente a esclarecer a dúvida e, nesta situação o uso incorreto de medicamentos se torna iminente (FIRMO *et al.,* 2017).

A inadequação quanto à posologia pode ser considerada grave, a cada 10 medicamentos prescritos, aproximadamente 4 não apresentam posologia grafada adequadamente. Dos medicamentos prescritos sob a forma de comprimido, 83,0% apresentam concentração e intervalo de administração expressos na receita. Entre os medicamentos prescritos sob a apresentação de suspensão/solução, este índice atinge apenas 23,8%. Este achado é relevante, pois, além de ser uma conduta inadequada por si só, embora para muitos medicamentos haja apenas uma concentração disponível no mercado, outros tantos estão presentes em concentrações diversas. A alta incidência de

prescrição de paracetamol gotas sem especificar a dosagem é um exemplo de negligência, com possíveis consequências clínicas. Nas farmácias, o paracetamol gotas encontra-se disponível nas concentrações de 100mg/ml e 200mg/ml (FERRARI *et al*., 2013).

É expressiva a negligência ocorrida em prescrições, nas quais os prescritores grafaram na receita somente o número de caixas a serem consumidas pelo paciente. Essa conduta possivelmente tem consequências clínicas e econômicas para o paciente, pois, a maioria dos medicamentos é comercializada em caixas com diferentes quantidades de comprimido ou volume (MANHÃES; HASENCLEVER, 2018). Ao deixar que o período de tratamento seja deduzido pelo número de caixas do medicamento, o prescritor passa para o balconista da farmácia ou para o farmacêutico a incumbência dessa definição e então outros interesses podem entrar em jogo. Esses dados revelam que a quantidade de medicamentos prescritos para serem usados de forma contínua é muito expressiva e, devido ao alto custo que representam para os usuários, surge uma questão a ser levantada: "caso os órgãos públicos não disponibilizem para a população, de forma regular, medicamentos de uso contínuo, os pacientes não interrompem seus tratamentos, adquirindo-os com recursos próprios? " (VALADÃO *et al.,* 2019).

4.3. PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO INDISCRIMIDADO DOS ANTIBIÓTICOS

O tratamento à base de antibióticos é utilizado para prevenir e tratar doenças infecciosas, porém pode-se dizer que mais da metade das prescrições são inadequadas, tanto na via de administração, quanto na posologia, duração do tratamento e também na escolha do medicamento a ser utilizado, tornando toda a situação mais grave, uma vez que essas práticas facilitam no aumento da resistência dos microrganismos frente aos agentes antimicrobianos. (JACOBY, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para o uso racional de antibióticos é preciso avaliar a real necessidade de seu uso, averiguando todas as manifestações do paciente e se for preciso, solicitar alguns exames e testes, porém não é solicitado na maioria das vezes pela classe médica, como mostra o estudo realizado por Petry, Plestch e Ferrazza (2008) no sistema público de saúde do município de Garruchos RS onde se identificou que entre as 572 prescrições de antibióticos, apenas uma solicitação de um exame foi efetuada antes do tratamento. (JACOBY, 2008).

O que tem se notado é que as ações da população e dos profissionais são diferentes das ações propostas pela OMS sobre o uso racional de medicamentos, já que de acordo com dados da OMS, 75% das prescrições que contém antimicrobianos são erradas. No Brasil, há diversos fatores que contribuem para o uso inadequado dos antibióticos, dentre eles, a automedicação ou o consumo de medicamentos sem prescrição médica, onde a própria pessoa decide qual medicamento para tratar uma doença ou aliviar algum sintoma, sendo esse um hábito que pode ocasionar prejuízos à saúde, isso sem contar um possível desenvolvimento de resistência bacteriana. Esse uso indiscriminado dos antimicrobianos é observado em todas as classes econômicas, uma vez que o ato da automedicação se trata de uma questão já cultural, que na maior parte das vezes, ocorre pela facilidade de aquisição dos medicamentos (AQUINO, 2008).

A automedicação pode ser comprovada por Thiago, Barros e Jimenez (2009) no estudo que foi realizado com 150 clientes de uma farmácia no município de Camaragibe, interior do estado de Pernambuco/PE, onde 87 entrevistados informaram que já compraram antibióticos sem um receituário médico. O ato da automedicação pela

população brasileira é movido pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde e o tempo que leva um atendimento devido às filas, isso sem contar a falta de acesso a algumas informações e na qualidade do atendimento recebidas nas unidades de saúde (AQUINO, 2008).

A falta do conhecimento da sociedade também pode ser confirmada no estudo realizado por Thiago, Barros e Jimenez (2009), onde apenas 48% dos pacientes que fizeram o uso de algum antibiótico sabem que esses produtos são usados para controle e tratamento de infecções bacterianas; 31% dos usuários informaram que os antibióticos são utilizados para tratamento de dores e inflamações; 13% não afirmaram não saber qual seria a indicação dos antibióticos; 7% dos desses usuários declaram que são usados para gripe e 1% dos entrevistados informaram que são medicamentos utilizados para qualquer doença.

Além disso, as indústrias farmacêuticas trabalham com divulgações de incentivos para a classe médica, drogarias e população que acabam influenciando diretamente no consumo dos medicamentos, na maioria das vezes, sem necessidade, buscando apenas gerar um aumento no seu faturamento ou contribuição de mercado, que acaba contribuindo para o uso indiscriminado de antibióticos (NAVES et al., 2010).

Devido ao fato de que os antibióticos eram usados de maneira irracional pela população em decorrência do livre comércio até meados de 2010, sem a necessidade a retenção de uma receita, pode-se afirmar que o seu uso estava diretamente ligado ao crescimento da taxa de resistência bacteriana, que é responsável por causar sérios danos à saúde pública no país. Com isso a ANVISA, estabeleceu a Resolução da (RDC) nº 44 de 26 de outubro de 2010 que informa sobre a dispensação de antimicrobianos em drogarias, a RDC informa que a venda desses antimicrobianos deve ser efetuada apenas mediante prescrição médica carimbada e assinada e que a mesma deve possuir duas vias, onde a primeira via deve ficar retida na drogaria com o farmacêutico para fins de fiscalização e a segunda via pode ser retornada ao paciente como forma de comprovação do atendimento, além do responsável técnico ser obrigado a efetuara escrituração das receitas com antibióticos no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) que é um sistema de informação de vigilância sanitária que capta dados de dispensação e consumo de medicamentos (ANVISA, 2010).

Perante a isso, a medida feita pela ANVISA em 2010 foi de extrema importância para a o controle da automedicação, mas ainda é preciso que ocorra um contato entre os médicos e os dispensadores, assim como atitudes de medidas com a promoção de informações, assim como a criação de cartilhas para uso dos profissionais da área da saúde com o intuito de informar os pacientes da maneira mais clara possível, que o uso de medicamentos sem uma prescrição médica e a não conclusão do tratamento causa efeitos clínicos e sociais negativos, pode piorar a doença, atrasar a cura e ainda gerar uma resistência nas bactérias (MUCCILLO-BAISCH et al., 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que é possível discutir questões relacionadas ao uso racional de medicamentos com o controle da retenção de receitas na venda de medicamentos. O objetivo seria incorporar este conceito à conduta dos mesmos de forma a conscientizá-los das consequências clínicas e econômicas resultantes das prescrições.

Manter pelo menos um bom controle farmacêutico, responsável pela função de monitorar as prescrições apresentadas em Farmácias e, em parceria com a vigilância sanitária, analisar as prescrições e buscar alternativas no sentido de promover uma melhor qualidade das mesmas e o cumprimento da legislação vigente é o caminho para um maior controle de venda de medicamentos que exigem retenção de receita.

O papel do farmacêutico também é orientar sobre o modo adequado de administrar o medicamento, evitando desse modo possíveis problemas associados ao uso dos medicamentos, que quando não administrados de maneira correta, proporcionam maior resistência ao tratamento indicado. Por esse motivo, houve mudanças em relação à dispensação de receitas, passando a venda de determinada classe de medicamentos apenas pela retenção das receitas, para que um controle mais rigoroso e específico pudesse ser feito em relação ao uso não controlado.

Dessa forma, o farmacêutico tem papel fundamental na prevenção do uso indevido de medicamentos, para que, com a assistência e atenção farmacêutica prestada no momento da dispensação da receita, possam-se impedir possíveis erros na venda de medicamentos, interações medicamentosas inadequadas, reações adversas, via de administração incorreta e a forma correta de tratamento a ser realizada. Ou seja, apresentar todas as informações necessárias por meio da orientação farmacêutica por meio da correta descrição da dosagem do medicamento e da farmacologia destacada.

Sugere-se a realização de estudos de forma periódica, para que se possa otimizar a atenção aos pacientes e orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos já na atenção e assistência primaria, em um atendimento farmacêutico. Por exemplo, a cada 2 anos, ou outros que a administração pública achar convenientes com o objetivo também de monitorar a qualidade das prescrições, assim como reorientar o serviço.

REFERÊNCIAS

[1] ABIFARMA. **Automedicação e uso incorreto de medicamentos podem levar à morte. 2016.**

[2] AQUINO D. S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** Ciência Saúde Coletiva. 2008; 13(Supl): 733-6.

[3] BARBOSA K, SILVA E. **The Patternof Entryof Generic Drugs into the Brazilian Pharmaceutical Market.** Revista Brasileira de Econometria. 2017; 37(1):1-18.

[4] BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 1988.

[5] BRASIL. **Portaria no 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de novembro de 1998.

[6] BRASIL. **Lei n. 6.360**, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 1976. Seção 1, p. 12647.

[7] BRASIL. **Lei n. 6.437**, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 1977.

[8] BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

[9] BRASIL.. **Lei n. 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providencias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Seção 1, p. 1.

[10] BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

[11] BRASIL. **Ministério do Planejamento e Orçamento**. Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília, DF; IPEA, 1996.

[12] BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada**,no 20 de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle dos medicamentos à base de substâncias antimicrobianas. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de maio de 2011.

[13] CARLOS, I. C. C. **O sistema integral de Assistência Farmacêutica no Ceará**. In: Bonfim, J. R. A.; Mercucci, V. L. (eds.). A construção da política dos medicamentos. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME; 2011. p. 107-37.

[14] **Destaques em 2000 em Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica. Genebra:** OMS, 2000. 12 9.

[15] FERRARI, C. K. B.; BRITO, L. F.; OLIVEIRA, C. C.; MORAES, E. V.; TOLEDO, O. R.; DAVID, F. L. **Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos:** Um problema de SaúdePública. Revista de CiênciasFarmacêuticasBásica Aplicada., v. 34, n. 1, p.109-116, 2013.

[16] FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; CUNHA, C.L.F.; TORRES, A.G.; BUCCINI, D.F. **Análise das prescriçõesmédicas de psicotrópicos de uma farmácia comercial no município de Bacabal, Maranhão**. J ManagPrim Health Care., v. 1, n. 4, p. 10-18, 2017.

[17] FONSECA EM,SHADLEN KC. **Promoting and regulating generic medicines: Brazil in comparative perspective.**Rev Panam SaludPublica.2017;41:e5. DOI: 10.26633/RPSP. 2017.5.

[18] FUCHS, F. D.;WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Normatização da prescrição medicamentosa.** In: FUCHS F. D., WANNMACHER L. (eds.). Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 54-7.

[19] GUTTIER MC, SILVEIRA MPT, LUIZA VL, BERTOLDi AD. **Impacto de intervenções para promoção do uso de medicamentos genéricos:**revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(8):2627-2644.

[20] JACOBY, T. S. **Associação entre o consumo de antimicrobianos e multirresistência bacteriana em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Universitário Brasileiro**, 2004 33| Danielle Maria dos Santos Saldanha, Marly Barbosa Maia de Souza e Joyce Fonteles Ribeiro.

[21] LAGARES, T. **Uso indevido causa morte de 20 mil por ano no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.dm.com.br/cotidiano/2015/04/uso-indevido- causa-morte-de-20-mil-por-ano-no-brasil.html>. Acesso em: 22 de out 2021.

[22] LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo, Atlas S. A., 2010. 214 p.

[23] LOPES-JUNIOR R. **Controle de medicamentos antimicrobianos no brasil**: repercussões sobre farmácias e drogarias [dissertação]. Sorocaba: Universidade de Sorocaba; 2011.

[24] MANHÃES E, HASENCLEVER L. **A territorialidade da políticapública dos medicamentos genéricos no Brasil**: 2000/2017. Revista de PolíticasPúblicas. 2018;22(2):987-1008. DOI: http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v22n2 p987-1008

[25] MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS- SANTOS (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2013. 334 p.

[26] NAVES, J. O. S., ET al. **Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações.** Ciência & Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1751-1761, 2010. Disponível em: . Acesso em: 20 abr. 2018.

[27] OLIVEIRA E. A., Labra M. E.,Bermudez J. **A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral.**CadSaúde Publica. 2006;22(11):2379-89. http:// dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100012. PMid:17091175.

[28] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **O Uso Racional de Medicamentos. Relatório da Conferência de Peritos**. Genebra: OMS, 1985.

[29] **Por uma regulamentação farmacêutica eficaz como garantia de segurança, eficácia e qualidade**. Perspectivas de política da OMS sobre medicamentos. Genebra: OMS, n. 7 de novembro 2003. 6 p.

[30] Seleção de medicamentos essenciais. **Perspectivas de política da OMS sobre medicamentos**. Genebra: OMS, n. 4 de junho 2002. 6 p.

[31] SANVITO, W. L. **A Medicina Tecnocênctrica. ArchIntern** Med. v. 165, p. 158-160, 2007.

[32] SILVA KP, RODRIGUES SL. **Análise e avaliação da política nacional de medicamentos genéricos no Brasil.Belém**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pará: Faculdade de Farmácia. Pará. 2019.

[33] THIAGO, C. C.; BARROS, J. A. C.; JIMENEZ, S. M. C. **Automedicação com antibióticos em pacientes de estabelecimento farmacêutico do município de Camaragibe-PE.** Infarma, Camaragibe, v. 21, n. 7/8, p. 57-61, 2009.

[34] VALADÃO, A. F.; MOREIRA, A. L. P.; ANDRADE, L. C.; PIRES, C. A.; FIRMINO, K. F.; BRUM, C. A. **Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição**. RevBras Farm., v. 90, n. 4, p. 340- 343, 2019.

[35] VASCONCELOS DMM, CHAVES GC, AZEREDO TB, SILVA RM. **Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva:** um balanço de (quase) 20 anos de implementação. Ciênc. Saúde coletiva. 2017; 22(8):2609-2614.

[36] TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D; MUCCILLO-BAISCH, A. L. **Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasi**l. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1791-1800, 2008.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson